Deutsche Rentenversicherung

Bund

Reha-Bericht 2025

Die **medizinische** und **berufliche** Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.

Auf einen Klick

Unser Service für Sie: Alle Abbildungen und Tabellen finden Sie online als pdf-Datei auf unserer Internetseite. Für Ihre Präsentationen und Ihre wissenschaftliche Arbeit.

Mehr Informationen:
Ergebnisse aus Forschung und Praxis | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)

Inhalt

7 VORWORT

8 FAKTEN IM ÜBERBLICK

12 AKTUELLE ENTWICKLUNGEN
14 REHA-QUALITÄTSSICHERUNG
16 DIGITALISIERUNG IN DER REHABILITATION
18 SOZIALMEDIZIN
20 REHA-WISSENSCHAFTEN UND NEUE KONZEPTE

32 REHABILITATION IM LICHT DER STATISTIK
34 MEDIZINISCHE REHABILITATION:
UMFANG UND STRUKTUR
34 ANTRÄGE, BEWILLIGUNGEN UND DURCHGEFÜHRTE LEISTUNGEN
36 VERSCHIEDENE FORMEN DER REHABILITATION
39 NACHSORGE – FÜR EINE NACHHALTIGERE REHABILITATION
41 GESUND BLEIBEN – LEISTUNGEN ZUR PRÄVENTION
43 SPEKTRUM DER INDIKATIONEN
44 SPEKTRUM DER INDIKATIONEN IN 2024 – NACH GESCHLECHT UND REHA-FORM
45 DAUER DER REHA-LEISTUNGEN IN 2024 – NACH INDIKATION
46 ALTERSSPEZIFISCHE BETRACHTUNG

50 MEDIZINISCHE REHABILITATION:
PROZESS UND ERGEBNIS
50 ZUFRIEDENHEIT AUS PERSPEKTIVE DER REHABILITANDINNEN UND REHABILITANDEN
53 BEHANDLUNGSERFOLG AUS SICHT DER REHABILITANDINNEN UND REHABILITANDEN
54 THERAPEUTISCHE VERSORGUNG – DOKUMENTATION MIT DER KTL
56 REHA-THERAPIESTANDARDS – ANFORDERUNGEN AN DIE REHABILITATION
60 PEER REVIEW – REHABILITATION AUS SICHT DER EXPERTINNEN UND EXPERTEN
63 ERFOLG DER REHABILITATION – SOZIALMEDIZINISCHER VERLAUF
67 SOZIALMEDIZINSCHER VERLAUF – DETAILLIERTE BETRACHTUNG

70 MEDIZINISCHE REHABILITATION:
REHA-EINRICHTUNGEN
70 ANZAHL STATIONÄRER UND GANZTÄGIG AMBULANTER REHA-FACHABTEILUNGEN

73 BERUFLICHE REHABILITATION:
UMFANG UND STRUKTUR
74 ANTRÄGE, BEWILLIGUNGEN UND DURCHGEFÜHRTE LEISTUNGEN FÜR LTA
75 ZEITLICHE ENTWICKLUNG
77 SPEKTRUM DER LEISTUNGEN
78 BERUFLICHE BILDUNG – SPEKTRUM DER INDIKATIONEN
80 BERUFLICHE BILDUNG – ALTERSSPEZIFISCHE INANSPRUCHNAHME

82 BERUFLICHE REHABILITATION:
PROZESS UND ERGEBNIS VON BILDUNGSLEISTUNGEN
82 BERUFLICHE BILDUNGSLEISTUNGEN – STRUKTUR DER TEILNEHMENDEN
84 BERUFLICHE BILDUNGSLEISTUNGEN: BEFRAGUNG DER TEILNEHMERINNEN UND TEILNEHMER
86 ABSCHLUSS DER BERUFLICHEN BILDUNGSLEISTUNGEN
87 STATUS NACH BERUFLICHEN BILDUNGSLEISTUNGEN

89 AUFWENDUNGEN FÜR REHABILITATION
89 AUFWENDUNGEN IN 2024
90 ENTWICKLUNG DER AUFWENDUNGEN
91 VERGLEICH ZU WEITEREN AUSGABEN DER RENTENVERSICHERUNG

93 ANHANG
93 DATENQUELLEN

Gundula Roßbach

Brigitte Gross

Vorwort

Medizinische Rehabilitation ist ein essenzieller Bestandteil des deutschen Versorgungssystems und spielt insbesondere für die gesetzliche Rentenversicherung eine zentrale Rolle bei der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Ziel ist es, gesundheitliche Einschränkungen zu kompensieren und die Teilhabe am Arbeitsleben langfristig zu sichern. Durch Rehabilitation werden Gesundheit, Unabhängigkeit und Lebensqualität von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbessert sowie ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft unterstützt. Die Deutsche Rentenversicherung bietet vielfältige Leistungen an, um Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, die ihre Arbeit nur eingeschränkt oder gar nicht mehr ausüben können, bei der Rückkehr ins Erwerbsleben zu fördern.

Der aktuelle Reha-Bericht präsentiert zentrale Daten, Fakten und Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation der Rentenversicherung. Dabei werden das Leistungsgeschehen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation transparent dargestellt, um die Bedeutung für Versicherte und Gesellschaft nachvollziehbar zu machen. Ausführliche Informationen zur Rehabilitation, sowohl zu Umfang und Struktur der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, als auch zu Prozess und Ergebnis der Reha-Leistungen sind hier zentral. Die Grundlage des Reha-Berichtes bilden die routinemäßig erhobenen Statistikdaten der Rentenversicherung für das Jahr 2024 sowie die Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung.

Trotz der gesetzlich verankerten Ansprüche auf Gleichbehandlung und der umfassenden Struktur der Rehabilitationsleistungen zeigen Studien, dass soziale Unterschiede den Zugang, den Verlauf und den Erfolg rehabilitativer Maßnahmen beeinflussen können. Verschiedene Forschungsarbeiten untersuchten, inwiefern Faktoren wie Bildung, Einkommen, Beruf sowie Ein- und Zuwanderungsgeschichte den Rehabilitationsprozess mitprägen.

In den ausgewählten „Aktuellen Entwicklungen“ zur Rehabilitation aus den Bereichen Recht und Politik, Qualitätssicherung, Sozialmedizin, Digitalisierung in der Rehabilitation und Reha-Forschung berichten wir u. a. über Fortschritte in der Qualitätssicherung, in der Digitalisierung und in der Forschung.

Mit diesem Bericht wollen wir Ihnen – unseren Versicherten und Beitragszahlenden, der Fachöffentlichkeit, der Politik und allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern – relevante und aktuelle Informationen über die Funktion, Bedeutung und (Weiter-) Entwicklung der Rehabilitation vorlegen.

Gundula Roßbach

Brigitte Gross

Fakten im Überblick

Medizinische Rehabilitation

16 %
ambulante
Leistungen

Ein Großteil der Reha-Leistungen wird stationär erbracht. Der Anteil der ambulanten Leistungen liegt mit knapp 170.000 Fällen bei 16 %.

83 %
nach **zwei Jahren erwerbsfähig**

Rehabilitation wirkt: Zwei Jahre nach einer medizinischen Reha-Leistungen waren 83 % im Erhebungszeitraum erwerbsfähig. Das Geschlechter-Verhältnis ist hier ausgeglichen.

Mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation wurden 2024 bei der Rentenversicherung gestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der eingereichten Anträge um einen Prozentpunkt gestiegen.

Über 1 Million Leistungen zur medizinischen Rehabilitation führte die Rentenversicherung in 2024 durch. Das ist eine Steigerung im Vergleich zu 2023 um knapp 6 %.

Auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen entfielen über 32.200 Leistungen. Der prozentuale Anteil von Kinder- und Jugendrehabilitationen an allen Reha-Leistungen der Rentenversicherung lag auch in 2024 bei 3 %.

Die ambulanten Reha-Leistungen machten 16 % aller medizinischen Reha-Leistungen in 2024 aus. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste mit mehr als 360.000 Leistungen mehr als ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen (36 %).

Zur Reha-Nachsorge nach §17 Sozialgesetzbuch (SGB) VI führte die Rentenversicherung rund 315.000 Leistungen durch.

40.813

Menschen erhielten Wiedereingliederung

40.813 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten 2024 durch die stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf.

54 Jahre sind Frauen und Männer im Altersdurchschnitt

Frauen (54,3 Jahre) und Männer (54,5 Jahre) waren in der medizinischen Rehabilitation in 2024 durchschnittlich fast gleich alt.

40.813 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten 2024 durch die stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf. In den zwei Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation in 2021 waren 83 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erwerbsfähig. Das bedeutet, die Versicherten stehen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung. Das Geschlechterverhältnis ist hier fast ausgeglichen: 83 % der Männer und 81 % der Frauen.

Die häufigsten Reha-Indikationen waren orthopädische und rheumatische Erkrankungen: Auf sie entfielen stationär mehr als ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen mit 36 % und bei Männern mit 34 %. Im ambulanten Bereich machten orthopädische und rheumatische Erkrankungen bei Frauen 73 % der Reha-Leistungen im ambulanten Bereich aus. Bei Männern lag der Anteil bei 68 %.

Frauen waren mit 54,3 Jahren und Männer mit 54,5 Jahren in der medizinischen Rehabilitation durchschnittlich fast gleich alt. Mit steigendem Alter wird die Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen.

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen variierte, je nach Indikation, zwischen 22 und 30 Tagen.

Berufliche Rehabilitation

118.220
Leistungen
abgeschlossen

Von den abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nahmen Männer in 2024 den Großteil in Anspruch. Frauen nutzen nur ein Drittel der LTA.

Knapp **20%**
der Leistungen für
berufliche Bildung

Ein Fünftel aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben waren in 2024 Bildungsleistungen wie Umschulungen und Fortbildungen.

2024 gingen bei der Rentenversicherung über 333.000 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein. Bewilligt wurden mehr als 236.000 Leistungen durch die Rentenversicherung. Über 118.220 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden abgeschlossen.

Männer nahmen deutlich häufiger LTA in Anspruch als Frauen: In 2024 wurde nur etwa ein Drittel der LTA von Frauen absolviert. In der beruflichen Rehabilitation waren Frauen durchschnittlich ein Jahr jünger als Männer: Das Alter der Frauen lag in 2024 im Mittel bei 49,2 Jahren. Männer waren durchschnittlich 50,3 Jahre alt.

Etwa ein Fünftel der LTA waren in 2024 berufliche Bildungsleistungen. Orthopädische und rheumatische Erkrankungen standen als Indikation und Ursache bei beruflicher Bildung an erster Stelle. Bei Frauen traf dies in 59 % der Diagnosen zu. Bei Männern lag der Anteil mit 65 % etwas höher.

Gut drei Viertel aller Teilnehmenden schlossen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab. Noch zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung nahm die pflichtversicherte Beschäftigung zu und lag bei 61 %. Sechs Monate nach einer beruflichen Bildungsleistung war über die Hälfte der Teilnehmenden (53 %) pflichtversicherungspflichtig beschäftigt. 12 Monate danach lag der Anteil bei 58 %.

Aufwendungen für Rehabilitation

8,31 Mrd. Euro
brutto Aufwand für Reha-Leistungen

Die Rentenversicherung gab in 2024 mehr als 6,67 Mrd. Euro für medizinische Rehabilitation aus. Rund 1,25 Mrd. Euro flossen in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

1,25 Mrd. Euro
Übergangsgeld in 2024 gezahlt

Übergangsgelder fallen an, wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgrund länger dauernder Leistungen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (mehr) haben.

Die Rentenversicherung wandte im Jahr 2024 rund 8,31 Mrd. Euro (brutto) für Rehabilitation auf. Davon flossen mehr als 6,67 Mrd. Euro in Leistungen für medizinische Rehabilitation. Über 1,25 Mrd. Euro wurden für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gezahlt und rund 0,45 Mrd. Euro für Sozialversicherungsbeiträge. Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation entfielen rd. 1,25 Mrd. Euro brutto auf Übergangsgelder.

Diesen Ausgaben stehen auch Einnahmen gegenüber: somit fielen in 2024 Nettoaufwendungen in Höhe von rund 8,13 Mrd. Euro an. Die Rentenversicherung blieb damit im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist. Die Höhe belief sich in 2024 auf rund 8,18 Mrd. Euro.

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden leisteten in der medizinischen Rehabilitation in 2024 insgesamt Zuzahlungen in Höhe von 81 Mio. Euro, das sind im Durchschnitt 77 Euro pro Reha-Leistung.

Aktuelle Entwicklungen

Reha-Qualitätssicherung

Digitalisierung in der Rehabilitation

Sozialmedizin

Reha-Wissenschaften und neue Konzepte

Reha-Qualitätssicherung

Neue Klassifikation für therapeutische Leistungen ab 2027

Transparenz und Nachvollziehbarkeit therapeutischen Handelns ist ein Aspekt zur nachhaltigen und positiven Verhaltensänderung und damit zum Nutzen der Rehabilitation. Einen Beitrag dazu leistet die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Mit dem Entlassungsbericht wird eine Dokumentation der durchgeführten therapeutischen Leistungen erstellt. Da sich das therapeutische Geschehen permanent wandelt und neue Erkenntnisse sowie Erfahrungen gesammelt werden, ist es notwendig die KTL regelmäßig anzupassen, um diesen Veränderungen Rechnung zu tragen.

Mit der KTL 2025 liegt jetzt die 7. Überarbeitung vor. Sie wird für alle ab 1. Januar 2027 beendeten Rehabilitationen angewendet. Die Aktualisierung ist das Ergebnis eines zweijährigen Projekts, das wissenschaftlich begleitet und eng mit der Praxis abgestimmt wurde. Im Mittelpunkt stand die Anpassung an aktuelle Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation.

Die Überarbeitung basiert auf einer breiten Beteiligung aus dem Rehawesen. In einer Online-Befragung im Jahr 2023 wurden über 2.000 Rückmeldungen und Änderungsvorschläge gesammelt. Diese wurden von interdisziplinären Gruppen mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen Berufsgruppen und Indikationen gesichtet, bewertet und auf Umsetzbarkeit geprüft. Um offene Fragen aus der Praxis direkt zu klären, fanden zusätzlich drei bundesweite Workshops statt. Die kontinuierliche Rückkopplung mit der Praxis war ein zentrales Anliegen und hat maßgeblich zur Qualität der neuen KTL beigetragen.

Denken in Schubladen – darum geht es in der Klassifikation therapeutischer Leistungen

- → Die KTL dient der Dokumentation, Strukturierung und Transparenz in der medizinischen Rehabilitation. Jede therapeutische Maßnahme wird einer klar definierten Kategorie zugeordnet – bildlich gesprochen: Sie findet ihre passende „Schublade", in der sie sinnvoll abgelegt und wiedergefunden werden kann.
- → Die KTL folgt einem multidimensionalen Ansatz: Eine kombinierte Zeichenfolge erfasst Inhalt, Dauer, Gruppengröße und weitere Aspekte einer Leistung. Das gesamte therapeutische Spektrum wird dabei in thematische Kapitel gegliedert, sodass die Vielfalt der Maßnahmen übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt werden kann.
- → Mit der neuen KTL 2025 wurde dieser Ansatz weiterentwickelt und auf die aktuellen Anforderungen ausgerichtet – strukturiert, praxistauglich und zukunftsorientiert.

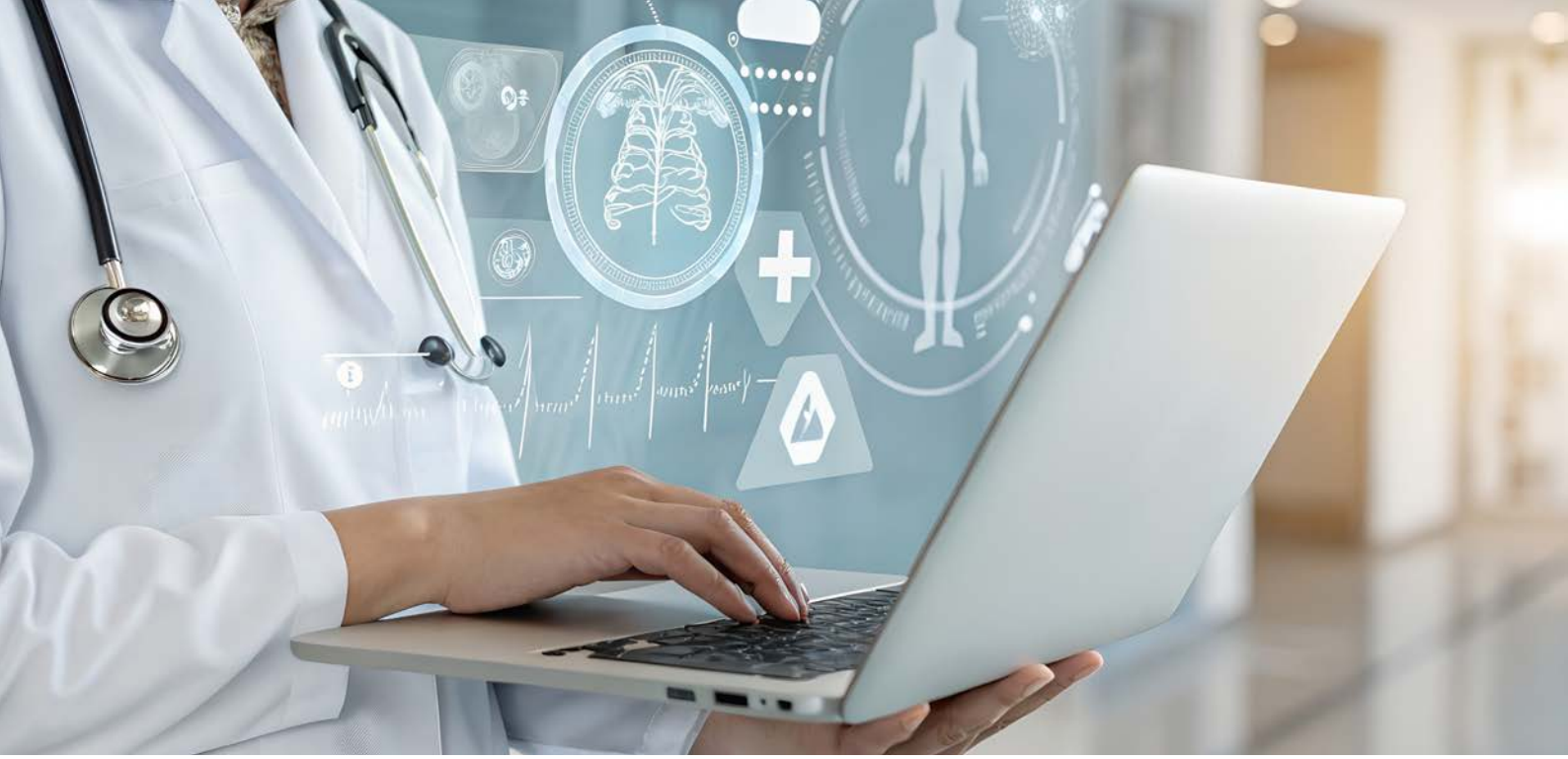
Die nun fertiggestellte KTL 2025 trägt dabei den aktuellen Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation Rechnung, weiß aber auch Impulse und Freiräume für zukünftige Entwicklungen zu setzen. Die Schubladen wurden geräumiger gestaltet und erlauben individuelleres Einsortieren. Und dennoch ist sie so aufgebaut, dass alles wiedergefunden werden kann.

Digitaler, individueller und flexibler – das ist neu in der KTL

- → Digitale Leistungen können nun erstmals dokumentiert werden. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass digitale Therapieangebote eine sinnvolle Ergänzung sind – die neue KTL macht ihren Einsatz sichtbar und nachvollziehbar.
- → Auch die Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation wird stärker berücksichtigt. Die neue Möglichkeit, Eigentraining unter therapeutischem Monitoring zu erfassen, unterstützt die nachhaltige Umsetzung des Gelernten im Alltag.
- → Insgesamt wurde die KTL strukturierter und flexibler gestaltet: Die Schubladen wurden erweitert – sie bieten mehr Raum für individuelle Dokumentationen, bleiben aber weiterhin klar auffindbar.

Hier finden Sie den Link zur Ausgabe 2025 der KTL:

Zur Internetseite:
Homepage | KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (Ausgabe 2025) | Deutsche Rentenversicherung



Digitalisierung in der Rehabilitation

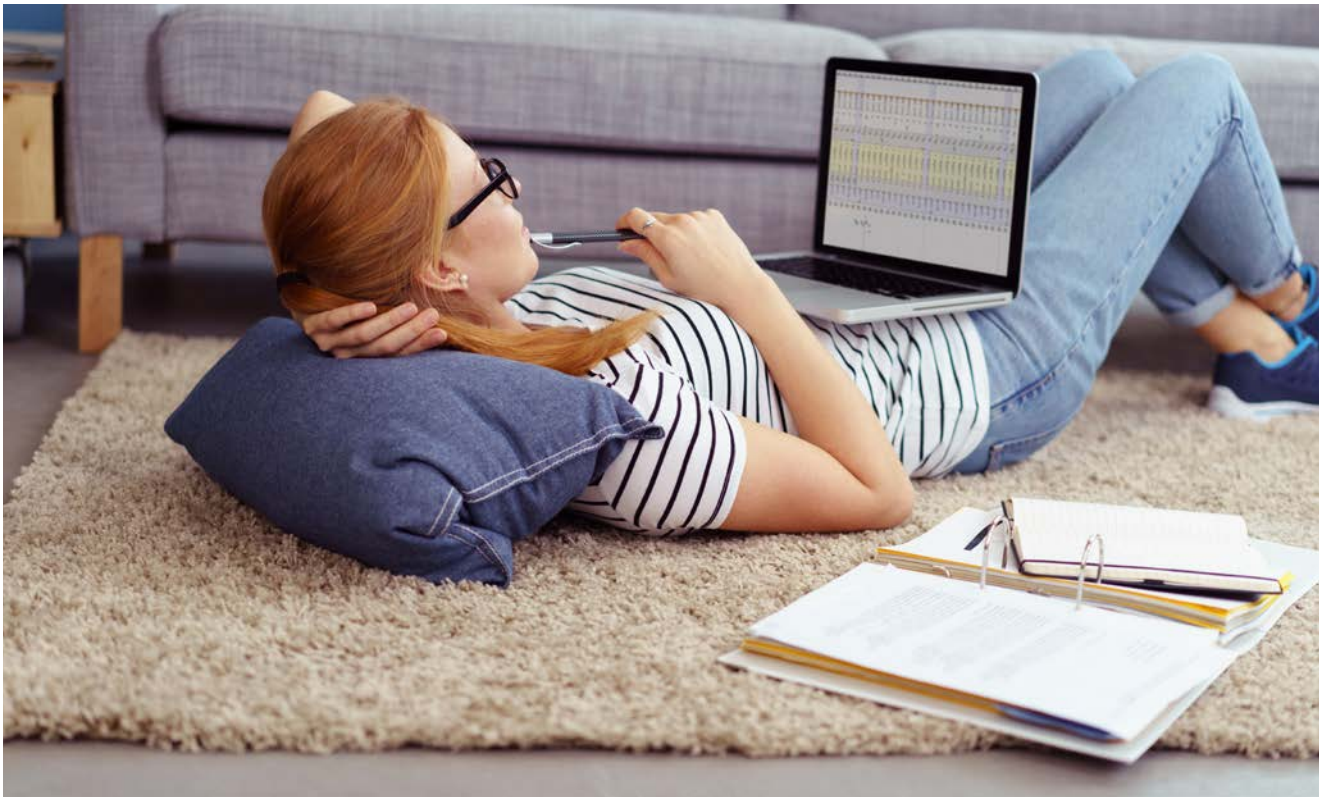
Medizinische Spracherkennung bei der Dokumentation im Einsatz

Das Internet-Portal „Meine Rehabilitation“ erleichtert seit Juli 2023 Interessierten die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung, die spezifisch auf die individuellen gesundheitlichen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Das Portal informiert über die Ergebnisse der Qualitätssicherung, die von der Rentenversicherung für Reha-Einrichtungen durchgeführt werden. Die Daten aus den verschiedenen Instrumenten der Qualitätssicherung werden in einem konsolidierten Qualitätsparameter zusammengefasst und verständlich aufbereitet. Zusätzlich sind Informationen zu den aktuellen Wartezeiten für stationäre Behandlungsverfahren zugänglich. Außerdem enthält das Portal Angaben zu den spezifischen Krankheitsbildern, die in den jeweiligen Einrichtungen behandelt werden können, Informationen zur geografischen Lage der Einrichtungen sowie zu Kontaktmöglichkeiten. Mit diesem Service können Versicherte ein optimal auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Angebot aus der Vielzahl der dargestellten Reha-Einrichtungen auswählen. Dass Interessierte sich verstärkt selbst informieren, zeigen die Nutzungszahlen des Portals. Fast eine Millionen Besuche verzeichnete das Portal im Jahr 2024. Der Trend hält weiter an: Die Zahlen der ersten Monate des Jahres 2025 belegen, dass das Portal stetig bekannter wird.

Das Portal entwickelt sich weiter: Neben der Sammlung von Feedback über die Website wurden auch intensive Nutzendentests durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Portal schon an vielen Stellen relevante Bedürfnisse adressiert. Es werden aber auch Verbesserungspotenziale aufgedeckt. Eine optimierte Kartenfunktion erleichtert inzwischen beispielsweise die Suche. Die Darstellung der Wartezeitschätzung wurde optimiert und die möglichen nächsten Schritte nach einer erfolgreichen Suche sind besser dargestellt. Weitere Optimierungen sind geplant.

Ein weiteres spannendes Thema betrifft die Nutzung digitaler Möglichkeiten zur Unterstützung der Arbeit von Ärztinnen, Ärzten und medizinischem Personal in den Reha-Kliniken und Verwaltungsbereichen der Rentenversicherung. Schon viele Prozesse im medizinischen Bereich werden digital unterstützt. Insbesondere Dokumentationsaufgaben können durch Spracherkennungslösungen zeitsparend erledigt werden. Bestehende Lösungen sind dafür schon seit längerem im Einsatz. Aber neue Anwendungen, die online als Cloud-Lösungen verfügbar und dadurch immer auch dem neuesten Stand sowie mit Funktionen Künstlicher Intelligenz angereichert sind, gehen darüber hinaus. Allerdings bedarf ihr Einsatz im medizinischen Kontext einer besonderen Betrachtung von Aspekten der Informationssicherheit und des Datenschutzes. Dennoch werden Innovationen in diesem Bereich kontinuierlich geprüft, um die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen zu verbessern.

Zur Internetseite:
Meine-Rehabilitation.de



Sozialmedizin

Künstliche Intelligenz als Zukunftstechnologie

Jährlich werden zahlreiche ärztliche Gutachten durch die Rentenversicherung erstellt. Bei der Prüfung von Erwerbsminderungsrentenanträgen spielen sie eine entscheidende Rolle. Um die Qualität dieser Gutachten sicherzustellen, gibt es das Peer-Review-Verfahren der sozialmedizinischen Begutachtung. Dabei werden 2,5 % der erstellten Begutachtungen einbezogen. Ein neues Modellprojekt KI-QS-EM erprobt derzeit, wie sich mithilfe von KI eine vollumfängliche und zeitnahe Qualitätssicherung der Gutachten umsetzen lässt.

Ziel des Projektes ist es, ein KI-gestütztes System zu entwickeln, das sämtliche Gutachten automatisiert analysiert und bewertet. Mit diesem innovativen Ansatz kann die sozialmedizinische Sachaufklärung in der Rentenversicherung verbessert, die Begutachtung fundierter gestaltet und die Qualitätssicherung langfristig auf hohem Niveau gesichert werden. Insbesondere soll untersucht werden, inwieweit KI-Algorithmen die Prüfung der Nachvollziehbarkeit und Plausibilität von Gutachten unterstützen können.

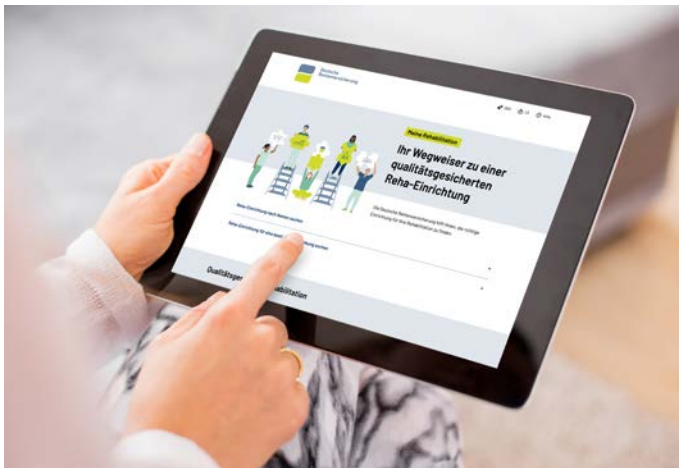
Der Einsatz einer KI-basierten Qualitätssicherung ermöglicht eine vollständige und zeitnahe Analyse aller Gutachten. Standardisierte Algorithmen sollen für eine objektive und nachvollziehbare Bewertung sorgen, um die Vergleichbarkeit der Begutachtungen zu verbessern. Die KI entlastet das Fachpersonal, indem sie Routineaufgaben übernimmt und Kapazitäten für komplexe Fälle schafft. Die Rentenversicherung geht mit dem Projekt einen wichtigen Schritt in Richtung Digitalisierung und zukunftsorientierte Verwaltungsmodernisierung. Die Erkenntnisse aus diesem Modellprojekt werden dazu beitragen, den Einsatz von KI auch in anderen Bereichen der Sozialversicherung weiter voranzutreiben. Perspektivisch könnten KI-gestützte Verfahren auch in der Reha-Antragsbearbeitung oder der Qualitätssicherung von Entlassungsberichten Anwendung finden. Langfristig kann KI dabei helfen, administrative Prozesse zu automatisieren, die Versorgungsqualität zu steigern und eine fundiertere Grundlage für Leistungsentscheidungen zu schaffen.

Podcast: Risiken und Nebenwirkungen von KI in der Sozialmedizin

„Dr. KI übernehmen Sie?“ Über die Risiken und Nebenwirkungen von KI in der sozialmedizinischen Begutachtung spricht Dr. Marco Streibelt im Podcast „rehalitätsnah“ mit Jörg Gehrke, Psychologe bei der Deutschen Rentenversicherung. Er betreut Forschungsprojekte, die sich mit digitalen Lösungen befassen. Sie sollen die täglichen Prozesse in der Rentenversicherung verbessern und vereinfachen.

Erfahren Sie, was geplant ist und wer den ethischen Kompass im Hintergrund festlegt. Was die KI aber bitte niemals können soll und was passiert, wenn sie eine eigene Persönlichkeit entwickelt und Urlaubsansprüche anmeldet, erzählt Jörg Gehrke auch in der Folge zur KI in der Sozialmedizin. Hören Sie rein. Das Interview ist verfügbar auf allen gängigen Podcast-Plattformen wie Spotify, Apple und Deezer sowie auf der Internetseite der Rentenversicherung.

Hören Sie rein:
„rehalitätsnah“ | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)



Neue Online-Plattform: Portal für sozialmedizinische Begutachtung

Das Portal für sozialmedizinische Begutachtung ist im Herbst 2025 online gegangen. Die digitale Plattform ersetzt die bisherigen Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung sowie das Buch „Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“. Das Portal soll als Beurteilungshilfe für sozialmedizinische Fragestellungen dienen und die Erstellung fundierter sozialmedizinischer Begutachtungen nach einheitlichen und nachvollziehbaren Maßstäben unterstützen. Es vermittelt die notwendigen formalen und inhaltlichen Anforderungen für eine qualifizierte sozialmedizinische Begutachtung.

Enthalten sind Aussagen zur Beurteilung der krankheitstypischen Beeinträchtigungen mit Fokus auf das Erwerbsleben. Darauf aufbauend werden in dem Portal für die sozialmedizinische Begutachtung die Beurteilung des Reha-Bedarfs sowie mögliche Einschränkungen des sozialmedizinischen Leistungsvermögens im Erwerbsleben beschrieben. Nach der Veröffentlichung stehen zunächst die häufigsten Erkrankungen aus den Bereichen medizinische Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten zur Verfügung sowie Krankheitsbilder mit besonderen Entwicklungen in den vergangenen Jahren. Eine sukzessive Erweiterung ist geplant.

Zum Portal:
www.begutachtungsportal-drv.de

Reha-Wissenschaften und neue Konzepte

Digitalisierung medizinischer Rehabilitation wird erforscht

Die fortschreitende Digitalisierung eröffnet der medizinischen Rehabilitation neue Möglichkeiten: Therapien können zeit- und ortsunabhängig gestaltet, besser in den Alltag integriert und individueller auf Patientinnen und Patienten zugeschnitten werden. Um dieses Potenzial gezielt zu erschließen, startet die Deutsche Rentenversicherung den Forschungsschwerpunkt „Digitalisierung medizinischer Rehabilitation“. Ziel ist es, digitale Instrumente in der medizinischen Rehabilitation wissenschaftlich zu untersuchen und weiterzuentwickeln. Im Fokus stehen drei Themenfelder: die Digitalisierung therapeutischer Reha-Leistungen, digitale Verfahren in Diagnostik und Leistungsbeurteilung sowie digitale Ansätze zur Vorbereitung der Rehabilitation und zur Unterstützung des Übergangs in Arbeit und Alltag.

DigiMed Reha®
Eine Initiative der DRV

Gerade vor dem Hintergrund steigender Kosten und eines zunehmenden Fachkräftemangels soll evidenzbasiertes Wissen helfen, die Versorgungsqualität nachhaltig zu verbessern, um Teilhabeleistungen bedarfsgerecht, personenzentriert und zukunftsfähig zu gestalten. Um das Potenzial digitaler Anwendungen wissenschaftlich zu fundieren und weiterzuentwickeln, haben sich zwölf Rentenversicherungsträger zu einem trägerübergreifenden Forschungsschwerpunkt zusammengeschlossen. Die ersten wissenschaftlichen Projekte sollen im Sommer 2026 starten. Die Laufzeit des Forschungsschwerpunktes ist auf bis zu sechs Jahre angelegt.

rehapro: Erkenntnisse aus der ersten Förderphase

Die Förderung der Modellprojekte der gesetzlichen Rentenversicherungsträger aus dem ersten Aufruf des Bundesprogramms rehapro ist ausgelaufen. Zur Erinnerung: Mit dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro" hatte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) seit dem Jahr 2018 in drei Förderaufrufen innovative Projekte aus den SGB II und SGB VI Bereichen gefördert. Ziele sind die Weiterentwicklungen von Teilhabeleistungen, um insbesondere den Verbleib im Erwerbsleben zu fördern, den Zugang in Erwerbsminderungsrenten zu dämpfen und enger mit anderen Akteuren zusammenzuarbeiten.

Erste Erkenntnisse: Bereits jetzt ist erkennbar, dass bei besonders beeinträchtigten Personengruppen, wie Menschen mit multiplen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, mit Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Erkrankungen, eine Begleitung in Form eines Fallmanagements die Erwerbsfähigkeit zu einem großen Teil wiederherstellen konnte. Zudem konnte die Chance bei diesen Menschen, wieder in das Arbeitsleben zurückzukehren, erhöht werden. Es lohnt sich aus dieser Perspektive sehr in die Implementierung eines flächendeckenden Fallmanagements im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung zu investieren.

Für langzeitarbeitslose Versicherte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und multiplen Vermittlungshemmnissen kann in einer gemeinsamen Fallberatung durch Rentenversicherung und Jobcenter eine individuelle, umfassende Reha-Strategie angeboten werden, die aus Leistungsangeboten verschiedener Rechtskreise wie SGB II/III und VI erarbeitet wird. Dadurch werden neben dem Gesundheitsproblem auch Alltagsschwierigkeiten sowie (berufs-) biografische Hindernisse bearbeitet. Die Betroffenen bekommen somit eine sehr gute Chance zur weiteren Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben.

Eine Nachbegleitung nach Wiederaufnahme der Arbeit hat sich als sinnvolle flankierende Leistung erwiesen. Für einen weiteren Aufbau solcher Kooperationen zwischen Jobcentern und Rentenversicherungsträgern wollen die Rentenversicherungsträger aus den gewonnenen Erkenntnissen von rehapro weitere Empfehlungen gemeinsam mit den anderen Sozialleistungsträgern erarbeiten. Das zeigt: Die Rentenversicherungsträger arbeiten untereinander und mit anderen Akteuren eng zusammen, um die Wirksamkeit der in rehapro erprobten Ideen zu bewerten. Weiteres Ziel ist eine Verstetigung dieser Ansätze vor Ort bzw. bundesweit.

Weitere Informationen:
www.modellvorhaben-rehapro.de

Dr. Marco Streibelt im Interview mit der Philosophin Dr. Manuela Lenzen

rehalitätsnah® Podcast
Immer. Überall. Hörbar.

Ready to take off: „rehalitätsnah“ goes smart

Digitale Technologien und ihr Einsatz ziehen einen umfassenden Wandel von Unternehmen, Organisationen, öffentlichen Einrichtungen und der Gesellschaft nach sich – die digitale Transformation. Durch den Einsatz digitaler Technologien können viele manuelle und zeitaufwändige Prozesse automatisiert werden, was die Effizienz erheblich steigert. Datenbasierte Entscheidungen werden zunehmend relevanter. Die Fähigkeit, große Datenmengen (Big Data) zu sammeln und zu analysieren, ermöglicht es, fundierte, datenbasierte Entscheidungen zu treffen. Smarte Lösungen und innovative Ansätze waren gesucht – in der neuen Staffel des Wissenschaftspodcasts „rehalitätsnah“ der Deutschen Rentenversicherung. s – m – a – r – t buchstabierte Host Dr. Marco Streibelt das Akronym durch und jeder Buchstabe des Wortes behandelte in einer Folge ein Thema: Sozialmedizin, Mensch trifft Maschine, Alterssicherung, Rehabilitation und Digitalisierung und die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen im Internet.

Über die digitale Transformation der Deutschen Rentenversicherung und den Prozess des Wandels sprach er mit Dr. Stephan Fasshauer, Direktor der Deutschen Rentenversicherung bis September 2025. „Mensch trifft Maschine“ hieß der Kurztitel des Reha-Kolloquiums im März 2025 in Nürnberg oder um es frei mit den Worten der Keynote-Speakerin Dr. Manuela Lenzen zu sagen: Uneinheitliches Begabungsprofil trifft auf Glanzleistungen und erstaunlich dumme Fehler. Nach ihrem Vortrag gab die Philosophin ein Interview und erklärte Dr. Marco Streibelt, wo die Stärken und Schwächen von künstlicher und natürlicher Intelligenz liegen können. In der Folge mit Dr. Jannis Hergesell vom Forschungsnetzwerk Alterssicherung der Rentenversicherung brach Marco Streibelt gleich zwei Tabus und sprach über Alter und Geld. Auch die Ökonomie von Aufmerksamkeit in den Sozialen Medien diskutierte er mit Dr. Jannis Hergesell, warum das für die Alterssicherung wichtig sei. Smart. Und ausbaufähig. Denn nachdem „rehalitätsnah“ s – m – a – r – t durchdekliniert wurde, gab es eine Steigerung: „rehalitätsnah“ goes s – m – a – r – t – e – r. Über E wie Entscheidungen und R wie Resilienz.

Im Zeitjet ging es mit allen Gästen in das Jahr 2040 zu ihrer Version der Zukunft. Ready to take off? Hören Sie jetzt rein. Die Ausgaben des „rehalitätsnah“-Podcasts s – m – a – r – t erschienen von Februar bis Dezember 2025 monatlich. Zu hören sind die Folgen aber weiterhin – unabhängig von Zeit und Ort auf den Internetseiten der Rentenversicherung und auf allen gängigen Streaming-Plattformen. Die neue Staffel des Podcasts „rehalitätsnah“ startet im Februar 2026.

Hören Sie rein:
„rehalitätsnah“ | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)

BERUFLICHE REHA FORSCHUNG
Eine Initiative der DRV

Fachtagung des Forschungsschwerpunktes berufliche Rehabilitation in Halle

„Berufliche Rehabilitation im Fokus“: Im September 2025 fand bei der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland in Halle/Saale die wissenschaftliche Fachtagung des rentenversicherungsübergreifenden Forschungsschwerpunkts zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation statt. Zur Erinnerung: In dem rentenversicherungsübergreifenden Forschungsschwerpunkt zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation wurden neun Projekte gefördert, die unterschiedliche Problemstellungen in der beruflichen Rehabilitation untersuchten. Ziel war, Entwicklungen besser vorherzusagen und Ansatzpunkte für Veränderungen zu finden. Untersucht wurde beispielsweise das Management von Zugangswegen in die berufliche Rehabilitation, die Relevanz komplexer Fallgestaltungen oder auch die Rolle bestimmter Berufsgruppen. Mehr als 20 spannende Vorträge gaben in der Fachtagung einen umfassenden Einblick in die Entwicklungsbedarfe und aktuellen Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in Deutschland.

Der Forschungsschwerpunkt im Überblick

- → erster gemeinsamer, rentenversicherungsträgerübergreifender Forschungsschwerpunkt zur „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“
- → Ziel: evidenzbasierte Erkenntnisse für zukunftsfähige Leistungen und Prozesse in der beruflichen Rehabilitation zu generieren
- → Förderung von neun Forschungsprojekten aus vier Themenbereichen innerhalb des Forschungsschwerpunktes mit dem Start erster Projekte im Oktober 2021, acht Projekte beendeten ihre Arbeit in 2025, Laufzeit des neunten Projektes bis Ende 2026
- → Begleitaktivitäten wie gemeinsame Veranstaltungen stärkten die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den geförderten Projekten, den fördernden Rentenversicherungsträgern und den beteiligten Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

Mehr Informationen:
Forschung | Netzwerken in der beruflichen Rehabilitationsforschung | Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)

Fachtagung des Forschungsschwerpunktes berufliche Rehabilitation in Halle

„rehalitätsnah"-OpenMic: Ergebnisse werden live diskutiert

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus dem Forschungsschwerpunkt zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation präsentieren die ersten Ergebnisse aus den geförderten Projekten exklusiv im Rahmen einer digitalen Ringvorlesungsreihe im Live-Stream. Im OpenMic-Format stellen die Teams erste Erkenntnisse der wissenschaftlichen Studien vor. Die Öffentlichkeit hat damit die Chance, die Forschenden auf der virtuellen Bühne über eine Videokonferenz-Plattform zu erleben, direkt Fragen zu stellen und mit ihnen über wissenschaftliche Fragestellungen, Methoden und Ergebnisse zu diskutieren.

Prof. Dr. Silke Tophoven und Prof. Dr. Ruth Enggruber von der Hochschule Düsseldorf stellten im Mai 2025 „Aufgaben und Nutzen von Sozialer Arbeit" vor. Aufgaben und die Gelingensbedingungen Sozialer Arbeit in den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) hatten sie aus Perspektive verschiedener Akteurinnen und Akteure analysiert. Im Juni 2025 thematisierte Dr. Eileen Wengemuth von der MHB-Fontane im OpenMic den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation, der im Projekt „Ressourcenorientierte Unterstützung zur Teilhabe am Arbeitsleben, kurz: REHA-Routes", erforscht wurde.

Über die Entwicklung und Evaluation eines individuellen, berufsbezogenen, körperlichen Trainings per App zur Förderung der beruflichen Teilhabe im Kontext beruflicher Rehabilitation sprachen Ph.D. Torsten Alles und Dr. David Bühne, iqpr – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, im November 2025 in der digitalen Ringvorlesungsreihe „rehalitätsnah – OpenMic". Das Projekt entwickelte eine Trainings-App mit Selbsttest. Überprüft werden sollte die Wirksamkeit des Trainings in Bezug auf die Verbesserung der subjektiven Arbeitsfähigkeit.

Das Team um Prof. Dr. Matthias Bethge, Universität zu Lübeck, stellte ebenfalls im November 2025 im OpenMic die Ergebnisse des Projektes: „Begleitung der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes im Rahmen der Reha-Fachberatung, BTGH-RB" vor. Das Forschungsvorhaben analysierte die Konsequenzen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) auf die Reha-Beratung. Anschließend wurde ein Beratungskonzeptes erarbeitet und die Umsetzung in die Praxis begleitet und evaluiert. Im Frühjahr 2026 wird die digitale Reihe mit neuen Terminen fortgesetzt. Dann werden die Erkenntnisse zweier weiterer Projekte vorgestellt.

Praxisempfehlungen für Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation

Mit der „Entwicklung von Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation" befassen sich Prof. Dr. Thorsten Meyer-Feil, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, und Prof. Dr. Silke Tophoven, Hochschule Düsseldorf, seit April 2025 in einem neuen, von der Rentenversicherung beauftragten Projekt. Ziel ist die Entwicklung von Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation unter Beteiligung von Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Verwaltung, Praxis und Betroffenen. Die Empfehlungen werden für Februar 2028 erwartet.

Ausgangspunkt bilden die Erkenntnisse aus zwei Projekten des Forschungsschwerpunkts zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation. Prof. Dr. Silke Tophoven führt die Ergebnisse aus dem „Projekt Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation" zusammen mit dem Wissen der Analyse zur Situation der „Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation – Umgang mit Bedarfen der sozialen Sicherung, sozialen Unterstützung und persönlichen Entwicklung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden", die Prof. Dr. Thorsten Meyer-Feil geleitet hatte.

35. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Fairsorgt in der Reha? Vielfalt leben – Chancengleichheit schaffen

24. bis 26. März 2026 | Leipzig

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Deutsche Rentenversicherung

In Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

DGRW

Mensch trifft Maschine – digitale Chancen in Prävention und Rehabilitation nutzen

Mit einem erneuten Besucherrekord kann auf das 34. Reha-Kolloquium mit dem Schwerpunktthema Digitalisierung zurückgeblickt werden: Im März 2025 tagte der Reha-Kongress mit mehr als 1.850 Expertinnen und Experten in Nürnberg unter dem Motto: „Mensch trifft Maschine – digitale Chancen in Prävention und Rehabilitation nutzen". In zahlreichen Veranstaltungen wurde diskutiert, wie Digitalisierung genutzt werden kann, um Leistungen durch neue digitale Angebote weiterzuentwickeln, räumliche Barrieren abzubauen und Zugänge zu vereinfachen. Auch die Möglichkeiten und Grenzen von Künstlicher Intelligenz auf dem Feld der Prävention, Rehabilitation und sozialmedizinischen Begutachtung wurden in verschiedenen Beiträgen und Veranstaltungen thematisiert.

„Für uns als Rentenversicherung bietet der digitale Wandel die Möglichkeit, Abläufe flexibler und niedrigschwelliger zu gestalten. Das betrifft sowohl unsere Leistungen in Form von digitalen und hybriden Angeboten in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Reha-Nachsorge, als auch unsere Verwaltungsverfahren. Mit dem Ausbau unserer digitalen Angebote schaffen wir als Rentenversicherung die Voraussetzungen dafür, dass Leistungen einfacher beantragt, bewilligt, durchgeführt und dokumentiert werden können. Wir vereinfachen dadurch die Zugänge für jeden Einzelnen und leisten einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Versicherten in unserem Land", erläuterte Gundula Roßbach, Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen der Kongresseröffnung.

Einen Überblick über die Potenziale und Grenzen von Künstlicher Intelligenz gab die Philosophin und Wissenschaftsjournalistin Dr. Manuela Lenzen von der Universität Bielefeld in der Keynote „Treffen sich ein Mensch und ein Chatbot, wie Künstliche Intelligenz am besten für menschliche Zwecke genutzt werden". Interessant war ihre Einschätzung, dass die Weiterentwicklung künstlicher Intelligenz an natürliche Grenzen stoßen könnte – insbesondere aufgrund begrenzter Serverkapazitäten und steigender Energiekosten. Während Sprachmodelle bereits hochentwickelt seien, gebe es im Bereich Bild- und Videoverarbeitung noch Raum für Verbesserungen. Allerdings könnten wirtschaftliche und ökologische Faktoren das Tempo zukünftiger Fortschritte bremsen. Einen warnenden Hinweis gab sie auch in Bezug auf den aktuell in den Daten befindlichen Bias. Menschliche Absicherung der Informationen bleibe essenziell und bestehende Datenverzerrungen werden uns noch lange begleiten. Fortschritte sind aber auch hier zu erwarten: Durch neue Trainingsansätze und eine bessere Gewichtung aktueller Informationen ließen sich Verzerrungen in der Zukunft gezielt reduzieren.

Prof. Dr. Björn Eskofier, Leiter des Lehrstuhls für Maschinelles Lernen and Datenanalytik an der Friederich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) unternahm in seiner Keynote eine kurze Zeitreise zur Nutzung von Artificial Intelligence (AI) und Maschinellem Lernen (MI) in der Medizin. Er illustrierte die Kernidee sicherer und persönlicher Gesundheitsdatenräume zur effizienten Nutzung der vielen Gesundheitsdaten, die im Versorgungsprozess unweigerlich entstehen. Dies ermögliche Maschinelles Lernen in der Medizin erst, wie Prof. Eskofier am Beispiel der Diagnosestellung von Parkinson-Erkrankten mithilfe von Ganganalysedaten zeigte. Das zukünftige „digitale" Gesundheitssystem biete enormes Potenzial für eine objektivere, präzisere und personalisierte Diagnostik und Therapie.

Im Anschluss diskutierte Prof. Dr. Eskofier mit Judith Dittmer, Group Head of Digital Health und Mitglied der Geschäftsleitung der MEDIAN Unternehmensgruppe, Dr. Harald Berger, Leiter der Hauptabteilung Gesundheit und Teilhabe der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern und Moderator Dr. Marco Streibelt, Leiter des Dezernats Reha-Wissenschaften der Deutschen Rentenversicherung Bund, zur Frage „Digitalisierung und KI in der Rehabilitation: Wegbereiter für mehr Teilhabe?". Die Podiumsdiskussion zeigte, dass sich die Reha-Landschaft mitten im Prozess des digitalen Wandels befindet. Einem Prozess, der mit viel Engagement, kreativen Ideen und auch Spaß bei der Entwicklung neuer Möglichkeiten verbunden ist. Wobei der schnellen Umsetzung von digitalen Entwicklungsprojekten viel zu oft bürokratische und rechtliche Hürden im Weg stünden. Der Mensch im Mittelpunkt und der Kontakt zu einem professionellen Behandlungsteam bleiben nach Auffassung der Diskutantinnen und Diskutanten dennoch der Kern der Versorgung.

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium ist der wichtigste Kongress für Rehabilitationsforschung im deutschsprachigen Raum. Ziel der Veranstaltung ist der Austausch über aktuelle Forschungsergebnisse und innovative Konzepte zur wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung von Teilhabeleistungen. Das 34. Reha-Kolloquium wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) veranstaltet.

Ausblick: Das 35. Reha-Kolloquium findet voraussichtlich vom 24. bis 26. März 2026 in Leipzig statt.

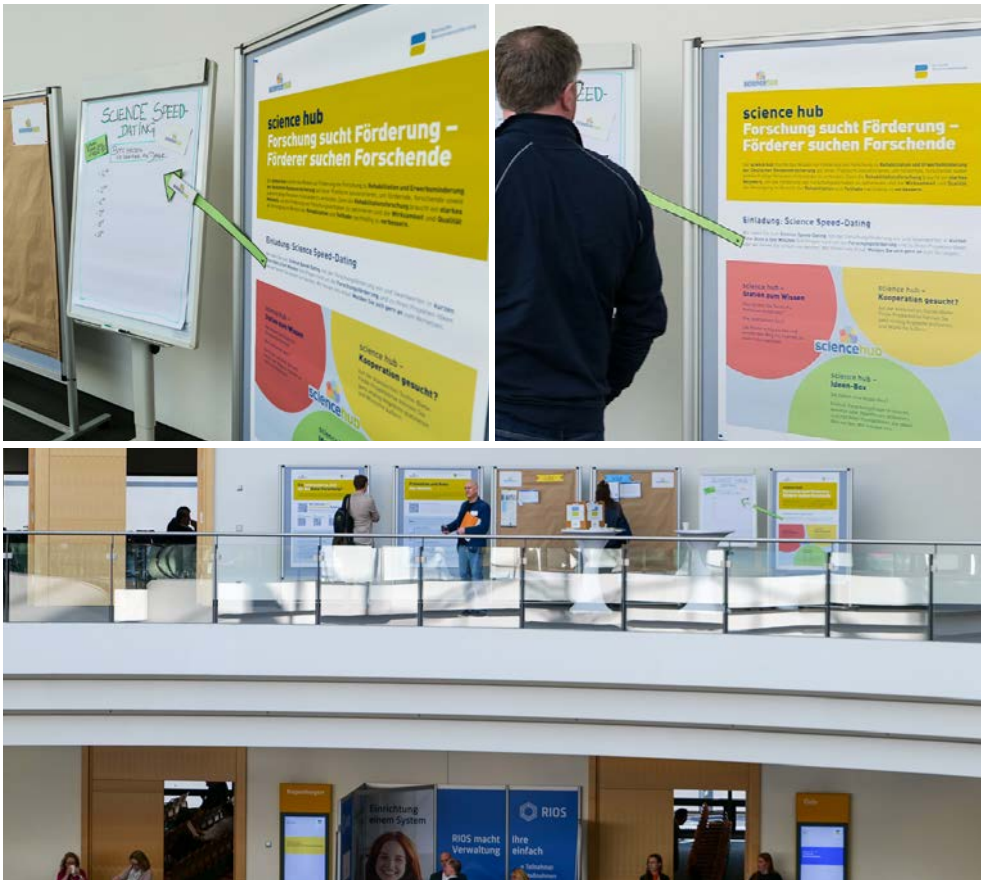
Mehr zum Kolloquium:
www.reha-kolloquium.de

Deutsche Rentenversicherung
Nordbayern
Deutsche Rentenversicherung
Nordbayern
Deutsche Rentenversicherung
Nordbayern
Herzlich willkommen in Nürnberg
34. Reha-Kolloquium 2025

85,3 %
0,3 %
... keiner davon
1,3 %
... weiß nicht oder keine Angabe

science hub: Forschungsförderung mit Science Speed-Dating

„Forschung sucht Förderung – Förderer suchen Forschende“: Die Rentenversicherung präsentierte ihre Forschungsförderung zur Rehabilitation und Erwerbsminderung auf dem 34. Reha-Kolloquium im März 2025 in Nürnberg erstmals in einem science hub, um fördernde, forschende sowie praktisch tätige Personen miteinander zu verbinden. Denn die Rehabilitationsforschung braucht ein starkes Netzwerk, um die Förderung von Forschungsvorhaben zu optimieren und die Wirksamkeit und Qualität der Versorgung im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe nachhaltig zu verbessern.



science hub: Forschungsförderung mit Science Speed-Dating

An vier Stationen wurde die Forschungsförderung, auch der einzelnen Träger der Rentenversicherung, anschaulich erklärt. Zur Kooperation, Kollaboration und Vernetzung wurde eine klassische Suche-Biete-Finde-Wand im science hub aufgebaut. Auf einer Metaplanwand konnten Interessierte sich gegenseitig Angebote unterbreiten und Gesuche posten. In die science hub – Ideen-Box konnten Interessierte Vorschläge für kluge Forschungsideen einwerfen. Und beim Science Speed-Dating wurden von Expertinnen und Experten der Deutschen Rentenversicherung, Fragen zur Forschungsförderung beantwortet und Projekt-Ideen diskutiert. Das nächste science hub mit dem Science Speed-Dating bei der Forschende und Fördernde sich kennenlernen und vernetzen können, gibt es beim 35. Reha-Kolloquium, das vom 24. bis 26. März 2026 in Leipzig stattfindet.

Workshop: „Innovation durch Flexibilität: Agilität trifft …“

Digitale Technologien verändern Arbeitswelten grundlegend – in Unternehmen, Organisationen, Verwaltungen und der Gesellschaft. Agiles Arbeiten bietet einen hilfreichen Ansatz, um Prozesse effizienter zu gestalten, Innovationen zu fördern und flexibel auf neue Anforderungen zu reagieren. Im Workshop „Innovation durch Flexibilität: Agilität trifft …“ konnten rund 70 Teilnehmende beim 34. Reha-Kolloquium im März 2025 in Nürnberg agile Methoden praktisch erleben.

An vier Stationen wurden zentrale Prinzipien vermittelt – z. B. wie in Scrum Inspect (prüfen) und Adapt (anpassen) funktionieren oder dass jedes System natürliche Grenzen hat. So wurde deutlich, wie wichtig kontinuierliches Überprüfen und Anpassen in agilen Prozessen ist. Bei der Station „Die Spielzeug-Kiste im Arbeitskontext“ stand Kommunikation im Fokus – nicht nur über Sprache, sondern auch über Modelle mit LEGO® Serious Play®. Spielerisch entstanden neue Ideen und Perspektiven. In „Garbage in, garbage out“ ging es um den Umgang mit Anforderungen, Teamarbeit und kreative Lösungswege. Wie viel Freiheit braucht ein Team, um komplexe Aufgaben zu lösen? Die Station „Zoom zwischen den Welten“ machte erfahrbar, wie unterschiedlich Menschen kommunizieren – geprägt durch ihre eigenen Perspektiven. Zuhören, Kooperation und Kollaboration wurden hier erlebbar. Zum Abschluss reflektierten die Teilnehmenden, wie sie das Gelernte in ihren Arbeitsalltag – auch in der Verwaltung – übertragen können.

Rehabilitation im Licht der Statistik

Medizinische Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

Aufwendungen für Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation: **Umfang und Struktur**

Wie viele Leistungen zur medizinischen Rehabilitation finanziert die Deutsche Rentenversicherung? Wie haben sich die verschiedenen Reha-Formen entwickelt? Wie stellen sich die Reha-Leistungen dar – je nach Erkrankung, Geschlecht und Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden? Auf diese und andere Fragen kann die Routinestatistik der Rentenversicherung Antwort geben (siehe „Routinedaten der Rentenversicherung").

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wer eine medizinische Rehabilitation (siehe Info-Box „Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation" auf Seite 42) in Anspruch nehmen möchte, sollte zunächst selbst aktiv werden und einen Antrag stellen. Oft erfolgt das beispielsweise auf hausärztlichen Rat und mit Unterstützung von Medizinerinnen und Medizinern. Die Rentenversicherung prüft, ob sie zuständig ist, ob die medizinische Notwendigkeit besteht und, ob Antragstellende die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Ist die medizinische Rehabilitation bewilligt, kann sie ambulant oder stationär durchgeführt werden.

73 % der bearbeiteten Anträge bewilligt

Über 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation wurden bei der Rentenversicherung in 2024 gestellt. Das ist eine Steigerung um einen Prozentpunkt im Vergleich zum Vorjahr wie Tabelle 1 auf Seite 35 zeigt. Rund 1,2 Mio. der in 2024 bearbeiteten Anträge wurden bewilligt, das entspricht einem Anteil von 74 %. Etwa 13 % der bearbeiteten Anträge wurden abgelehnt, die restlichen knapp 14 % wurden zu einem der anderen Rehabilitationsträger, der für den entsprechenden Fall zuständig ist, weitergeleitet. Im Vergleich zum Vorjahr ergibt sich in 2024 eine Steigerung der bewilligten Anträge um 1,2 %.

Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung

Grundlage der statistischen Daten sind die Verwaltungsvorgänge bei den Rentenversicherungsträgern. Sie werden auch prozessproduzierte Daten genannt. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch die Unternehmen, die Arbeitnehmende beschäftigen, die Erfassung von Anträgen und Bescheiden (Reha, Rente) oder auch die Informationen aus dem ärztlichen Entlassungsbericht nach einer durchgeführten Rehabilitation.

In den Routinedaten werden auch die Rehabilitationsdiagnosen verschlüsselt, um Einzeldiagnosen zu gruppieren. Bis Ende 2020 wurden diese Einzeldiagnosen in Diagnosegrundgruppen zusammengefasst, die sich eng an den Kapiteln der ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification) orientierten. Sie bildeten die Grundlage für die statistischen Auswertungen. Zum 1. Januar 2021 erfolgte innerhalb der Rentenversicherung der Wechsel auf Indikationsgruppen. Im Reha-Bericht 2022 sind sie erstmals aufgenommen. Im vorliegenden Reha-Bericht 2025 wird das erneut fortgesetzt. Wegen dieser Änderung sind Vergleiche mit den berichteten Daten der Vorjahre nur eingeschränkt möglich. Die „Alters-standardisierte Inanspruchnahme" wird in der Publikation „Rentenversicherung in Zeitreihen" (siehe Seite 94) berichtet.

Betrachtet man die im Jahr 2024 abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, liegen diese bei über einer Million, und zeigen eine Steigerung von 5,7 % zum Vorjahr. Im Vergleich zur Anzahl der bewilligten Leistungen wurden somit knapp ein Zehntel (12 %) nicht in Anspruch genommen. Beispielsweise können berufliche und familiäre Gründe gegen den Antritt einer medizinischen Rehabilitation sprechen. Oder die gesundheitliche Situation des Versicherten kann sich in der Zwischenzeit verschlechtert haben. Ebenso können spät im Jahr gestellte Anträge erst im Folgejahr bewilligt, beziehungsweise bewilligte Rehabilitationsleistungen erst im Folgejahr angetreten werden, wodurch diese nicht mehr in dieser Jahresstatistik auftauchen.

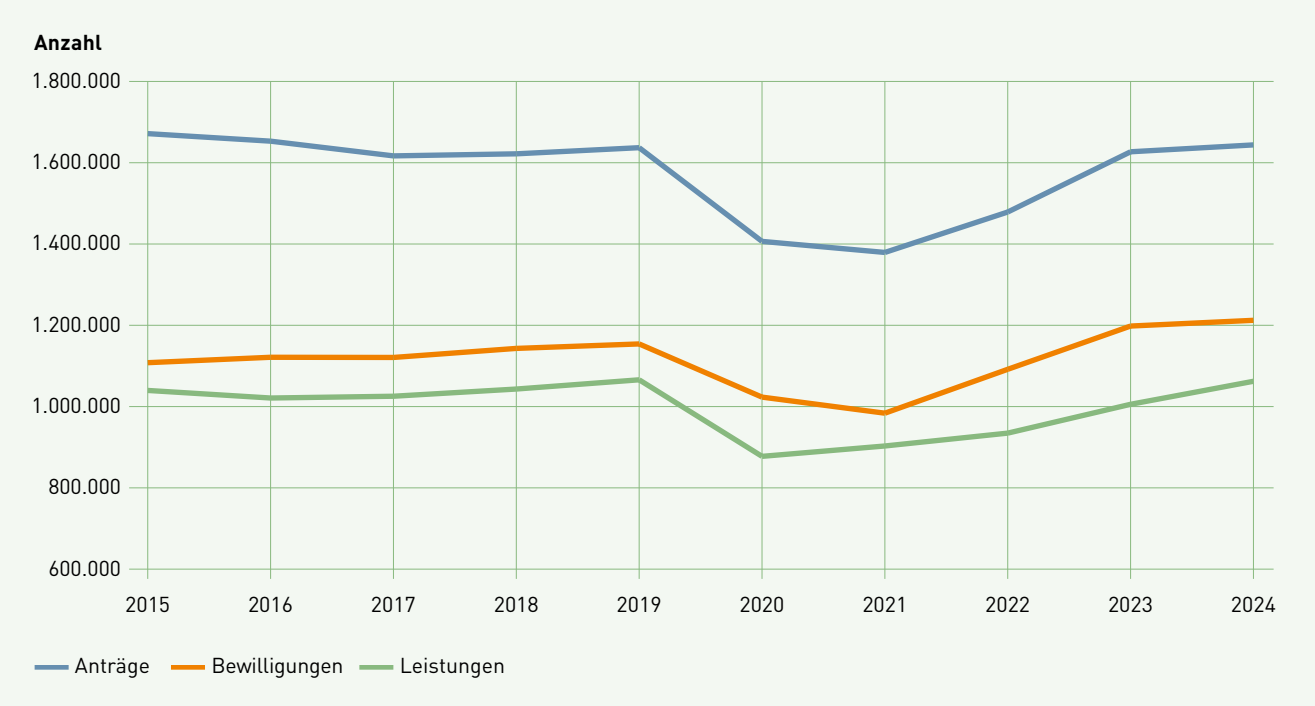
Tabelle 1: Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2023 und 2024

Jahr	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2023	1.615.094	1.186.291	993.775
2024	1.632.003	1.200.398	1.050.386
Veränderung von 2023 zu 2024 in Prozent	+ 1,0 %	+ 1,2 %	+ 5,7 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2024

Die zeitliche Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung wird in Abbildung 1 auf Seite 36 dargestellt. Gewählt wurde der Zeitraum von 2015 bis 2025. Die Grafik zeigt, dass die Anzahl der Anträge im Laufe der Zeit Schwankungen aufweist. Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie gingen die Anträge in den Jahren 2020 und 2021 deutlich zurück. Seit 2022 ist jedoch wieder ein Aufwärtstrend zu beobachten, der sich auch in 2024 fortsetzte.

Abbildung 1: Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2015–2024



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2025

Verschiedene Formen der Rehabilitation

Gemäß dem Grundsatz „Reha vor Rente" steht bei der Mehrzahl der medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung die Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten im Vordergrund. Für Tumorerkrankungen und Kinderrehabilitation ist dies jedoch keine notwendige Voraussetzung. Die Anschlussrehabilitation (AHB) wird direkt aus einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus heraus eingeleitet. Menschen mit einer Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit können eine medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen beantragen.

Reha überwiegend stationär

Für ausgewählte Indikationen wird die ganztägig ambulante Rehabilitation angeboten. Bei dieser Form der medizinischen Rehabilitation kommen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nur tagsüber in die Rehabilitationseinrichtung. Mehrere wissenschaftliche Studien belegen, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie eine stationäre Rehabilitation. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Tabelle 2 auf Seite 37 zeigt, dass der Anteil in den zurückliegenden Jahren bei konstant rund 80 % lag. 2024 erreichte der Anteil 79 %. 827.251 stationäre Leistungen wurden 2024 erbracht.

Die absolute Anzahl an ambulanten Leistungen für Erwachsene ist nach einem Einbruch der Zahlen in 2020, der durch die pandemische Lage erklärt werden kann, seit 2021 wieder im leichten Aufwärtstrend. In 2024 machten die ambulanten Leistungen mit knapp 170.000 abgeschlossenen Rehabilitationen 16 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus.

Auf über 32.200 Leistungen stieg die Anzahl der Leistungen in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation im Jahr 2024. Damit liegt ihr prozentuale Anteil an allen Reha-Leistungen der Rentenversicherung bei 3 %, genau wie in den vergangenen fünf Jahren, siehe Tabelle 2 auf Seite 37. Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wurde bis Ende 2016 nur stationär durchgeführt. Seit Inkrafttreten des Flexirentengesetzes im Dezember 2016 kann die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen auch ambulant erbracht werden (siehe Box „Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation“ auf Seite 42).

Tabelle 2: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2020–2024: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche

Jahr	Insgesamt*	Stationäre Leistungen für Erwachsene		Ambulante Leistungen für Erwachsene		Kinder- und Jugendlichen-rehabilitation	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
2020	865.673	695.105	80 %	139.808	16 %	23.876	3 %
2021	891.176	711.637	80 %	142.455	16 %	28.295	3 %
2022	922.820	739.832	80 %	143.750	16 %	29.144	3 %
2023	993.775	791.269	80 %	156.073	16 %	31.100	3 %
2024	1.050.386	827.251	79 %	168.485	16 %	32.222	3 %

* einschließlich Mischfälle (stationäre und ambulante Reha in Kombination erbracht) und Zahnersatz; Summe der Leistungen insgesamt übersteigt somit Summe der rechtsstehenden Spalten
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2021–2024

AHB mit Anteil von 36 %

Werden Rehabilitationsleistungen nur für Erwachsene betrachtet, lassen sich weitere besondere Leistungsformen unterscheiden (Tabelle 3 auf Seite 38). Die Anschlussrehabilitation (AHB) ist eine ganztägig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Reha. Die Besonderheit dieser Leistung besteht darin, dass sie nur bei bestimmten Erkrankungen in Betracht kommt und sich unmittelbar, also: spätestens zwei Wochen nach der Entlassung, an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließt. Die Anschlussrehabilitation umfasst meist etwa ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen für Erwachsene und lag beispielsweise in 2024 mit 36 % bei knapp 362.000 Leistungen.

Eine weitere besondere Leistungsform ist die onkologische Rehabilitation bei Neubildungen, also Krebs. Sie soll die körperlichen und seelischen Folgen der Erkrankung und der Therapie mildern oder beseitigen. Ziel ist es, die Menschen auf die Zeit nach der Therapie vorzubereiten und ihre Rückkehr in den Alltag und Beruf zu erleichtern. Der Anteil der Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) an allen Reha-Leistungen lag im Jahr 2024 bei 14 %. Somit war mit über 137.000 Leistungen rund jede siebte medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Rehabilitation.

Bei der Anzahl von medizinischen Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen ist in 2024 im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Zuwachs erkennbar. Mit knapp 39.000 erbrachten Leistungen machen sie 4 % der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Erwachsenen aus wie in Tabelle 3 auf Seite 38 dargestellt.

Tabelle 3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2020–2024: besondere Reha-Formen für Erwachsene

Jahr	Insgesamt*	Anschluss-rehabilitation (AHB)		Neubildungen (amb./stat./§§ 15 + 31)		Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (inkl. ambulant)	
2020	841.797	326.934	39 %	120.853	14 %	38.819	5 %
2021	862.881	321.107	37 %	120.970	14 %	39.183	5 %
2022	893.676	324.926	36 %	123.128	14 %	36.932	4 %
2023	962.675	346.453	36 %	130.598	14 %	37.821	4 %
2024	1.018.164	361.729	36 %	137.798	14 %	39.469	4 %

* einschließlich Mischfälle
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2021–2024

Nach einer medizinischen Rehabilitation können manche Versicherte ihre berufliche Tätigkeit nicht sofort in vollem Umfang wieder aufnehmen. Seit Einführung des SGB IX kann die Rentenversicherung bei stufenweiser Wiedereingliederung unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld als Entgeltersatzleistung zahlen. Die Teilnehmenden der stufenweisen Wiedereingliederung werden dann schrittweise, in der Regel mit ansteigender Stundenzahl, an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Eine stufenweise Wiedereingliederung kann bis zu sechs Monate dauern. Im Jahr 2024 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 40.813 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit.

Nachsorge – für eine nachhaltigere Rehabilitation

Um die Reha-Erfolge langfristig zu sichern, gibt es Nachsorgeleistungen. Mit einer medizinischen Rehabilitation, die in der Regel etwa drei Wochen dauert, können manche Reha-Ziele wie beispielsweise die Stabilisierung von Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer nicht vollständig erreicht werden. Ebenso können notwendige Änderungen des Lebensstils wie mehr Bewegung und Änderung des Ernährungsverhaltens bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nur angestoßen werden. Bei vielen körperlichen und psychischen Erkrankungen ist eine Reha-Nachsorge sinnvoll: beispielsweise die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA®) für verschiedene Indikationen, wenn ein multimodaler Bedarf in unterschiedlichen Therapiefeldern besteht, oder die psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA®) speziell für psychische Erkrankungen.

Kernangebote in der Nachsorge

- → IRENA® – Intensivierte Rehabilitationsnachsorge: Das ganzheitliche Nachsorgeangebot zielt auf die Stabilisierung Ihrer Erwerbsfähigkeit ab. Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie sind ein Therapiefeld. Klinische Psychologie, Arbeitstherapie, Klinische Sozialarbeit bilden einen Bereich. Information/Motivation/Schulung, Ernährungsmedizin gehören zum dritten Therapiefeld.
- → T-RENA® – Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge bei Einschränkungen am Haltungs-/Bewegungsapparat: Trainingsangebote, um die körperliche Leistungsfähigkeit nach der medizinischen Rehabilitation wieder herzustellen.
- → Psy-RENA® – Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge: Sie soll im Anschluss an eine psychosomatische Rehabilitation dabei unterstützen, die erlernten Verhaltensweisen und Strategien zur Stress- und Konfliktbewältigung und im Alltag und im Berufsleben umzusetzen.

Die Zahl der Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung nach § 17 Sozialgesetzbuch (SGB) VI lag in 2024 bei knapp 315.000. Hinzu kommen über 30.500 Leistungen für Rehabilitationssport nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 des SGB VI sowie über 1.200 Funktionstrainingsmaßnahmen nach § 64 Abs. 1 Nr. 4 des SGB VI. Seit 2019 gilt das bundesweit einheitliche Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge. Seitdem konnte die Zahl der durchgeführten Reha-Nachsorgen kontinuierlich gesteigert werden. 2019 schloss sich noch an jede siebte medizinische Rehabilitation eine Nachsorge an (ca. 14 %). 2023 wurde bereits nach mehr als jeder vierten Rehabilitation eine Nachsorge durchgeführt und in 2024 nach jeder dritten Rehabilitation.

Tabelle 4 zeigt die Entwicklung der Reha-Nachsorge seit 2019 im Vergleich mit 2023 und 2024 in den Kernangeboten. Insgesamt ist die Anzahl der Leistungen über alle drei Formen hinweg kontinuierlich gestiegen, sowohl in Präsenz als auch im digitalen Bereich. Der Erfolg der Inanspruchnahme der Nachsorge liegt sowohl an der Etablierung und konsequenten Umsetzung des rentenversicherungsweit einheitlichen Verfahrens bei der Zulassung, Empfehlung und Durchführung der Reha-Nachsorge als auch in der Akquise, Schulung und Zulassung neuer Anbieter. Mehr Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Anerkennung digitaler Angebote und somit die Steigerung der Nachsorge auch für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die an Präsenznachsorge nicht teilnehmen können bzw. wollen, sind weitere Gründe für die steigenden Zahlen.

Tabelle 4: Reha-Nachsorge-Leistungen: Digital und Präsenz – Entwicklung

	2019		2023		2024	
	Präsenz	Digital	Präsenz	Digital	Präsenz	Digital
IRENA®	92.421	194	91.748	16.424	92.747	28.954
T-RENA®	28.014	42	119.224	573	154.233	589
Psy-RENA®	8.539	20	20.149	1.604	23.472	4.351
Gesamt	128.974	256	231.121	18.601	270.452	33.894

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation"
2019 (Start des bundesweit einheitlichen Rahmenkonzepts zur Reha-Nachsorge) im Vergleich mit 2023 und 2024, ohne Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen und Kinder-Nachsorge

Die IRENA® Leistungen schafften im Vergleich zum Vorjahr in 2024 einen deutlichen Zuwachs, der sich auf eine Steigerung der digital durchgeführten Angebote von knapp 16.000 auf nahezu 29.000 zurückführen lässt. Bei der trainingstherapeutischen Nachsorge (T-RENA®) beruht der Zuwachs im Vergleich zu 2023 auf einen Anstieg der in Präsens erbrachten Leistungen. Im Vergleich zum Jahr 2019 ist die Anzahl der digitalen Leistungen angestiegen, spielt jedoch mit knapp 600 durchgeführten Leistungen auch in 2024 eine untergeordnete Rolle. In 2024 konnten über 23.000 Psy-RENA® Leistungen in Präsenz gezählt werden. Digitale psychosomatische Nachsorge scheint eine Alternative zu sein, die sich im Vergleich zum Vorjahr fast verdreifachte und auf über 4.300 Leistungen anstieg.

Tabelle 5: Prävention – Anzahl und Bewilligungen in 2023 und 2024

Jahr	Anträge	Bewilligungen
2023	50.540	40.814
2024	64.525	56.233
Veränderung von 2023 zu 2024 in Prozent	+ 27,7 %	+ 37,8 %

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2025

Gesund bleiben – Leistungen zur Prävention

Eine weitere Leistung im Angebot der Rentenversicherung sind die Präventionsleistungen, die für Versicherte erbracht werden, die unter ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine Voraussetzung (siehe auch Box „Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation“ auf Seite 42). Die Leistungen sollen zur Verhaltensprävention frühzeitig ansetzen und die Versicherten dabei unterstützen, selbstständig und eigenverantwortlich einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln. Die Entstehung und Ausbildung chronischer Erkrankungen, insbesondere der sogenannten Zivilisationskrankheiten, soll damit möglichst vermieden werden. Der Grundsatz der Rentenversicherung heißt hier: Prävention vor Rehabilitation vor Rente. Tabelle 5 zeigt den deutlichen Anstieg der gestellten Anträge auf über 64.000 in 2024. Die Zahl der Bewilligungen (rund 56.000) in 2024 stieg ebenfalls deutlich an.

Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation

Wenn eine chronische Erkrankung die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder einschränkt, kann die medizinische Rehabilitation helfen. Die Rentenversicherung ist der wichtigste Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Weitere Reha-Träger sind die Krankenkassen (für Nichterwerbstätige) und die gesetzliche Unfallversicherung. Die Rentenversicherung führt nach § 15 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen. Ebenso erbringt sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche nach § 15a SBG VI, wenn dies einen Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.

Je nach Krankheitsbild gibt es unterschiedliche Formen:

- → Stationäre und ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation, d. h. in einer Klinik oder tagsüber in Wohnortnähe
- → Anschlussrehabilitation (AHB), etwa nach Herzinfarkt, unmittelbar nach der Akutbehandlung
- → Leistungen wegen psychischer Erkrankungen
- → Medizinische Rehabilitation bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit
- → Stationäre und ambulante Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI, insbesondere:

- → Onkologische Rehabilitation, insbesondere für Familienangehörige sowie Rentnerinnen und Rentner (wenn nicht anders angegeben, sind diese sonstigen Leistungen im vorliegenden Reha-Bericht in den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten)

Präventionsleistungen

- → Seit Ende 2016 werden die Präventionsleistungen der Rentenversicherung nach § 14 SGB VI als Pflichtleistungen erbracht.

Der Rehabilitation nachgelagerte Leistungen

- → Leistungen zur Nachsorge für Kinder und Jugendliche nach § 17 SGB VI im Anschluss an Leistungen zur Kinder- und Jugendrehabilitation nach § 15a SGB VI (seit Ende 2016)
- → Nachsorgeleistungen für Erwachsene nach § 17 SGB VI im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation
- → Stufenweise Wiedereingliederung

Ergänzende Leistungen

- → Ergänzende Leistungen ergänzen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Prävention, zur Nachsorge sowie die sonstigen Leistungen. Sie erfolgen nicht ohne die „Hauptleistung". Es handelt sich u. a. um Übergangsgeld oder Reisekosten.

Die Behandlung während der medizinischen Rehabilitation setzt sich je nach Bedarf aus folgenden Bausteinen zusammen:

- → Ärztliche Behandlung
- → Bewegungstherapie (Physio-, Sporttherapie)
- → Arbeitsbezogene Maßnahmen
- → Gesundheitsbildung und Patientenschulung
- → Psychologische Beratung
- → Entspannungsverfahren
- → Ergotherapie
- → Physikalische Therapie
- → Ernährungsberatung mit/ohne Lehrküche
- → Soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung

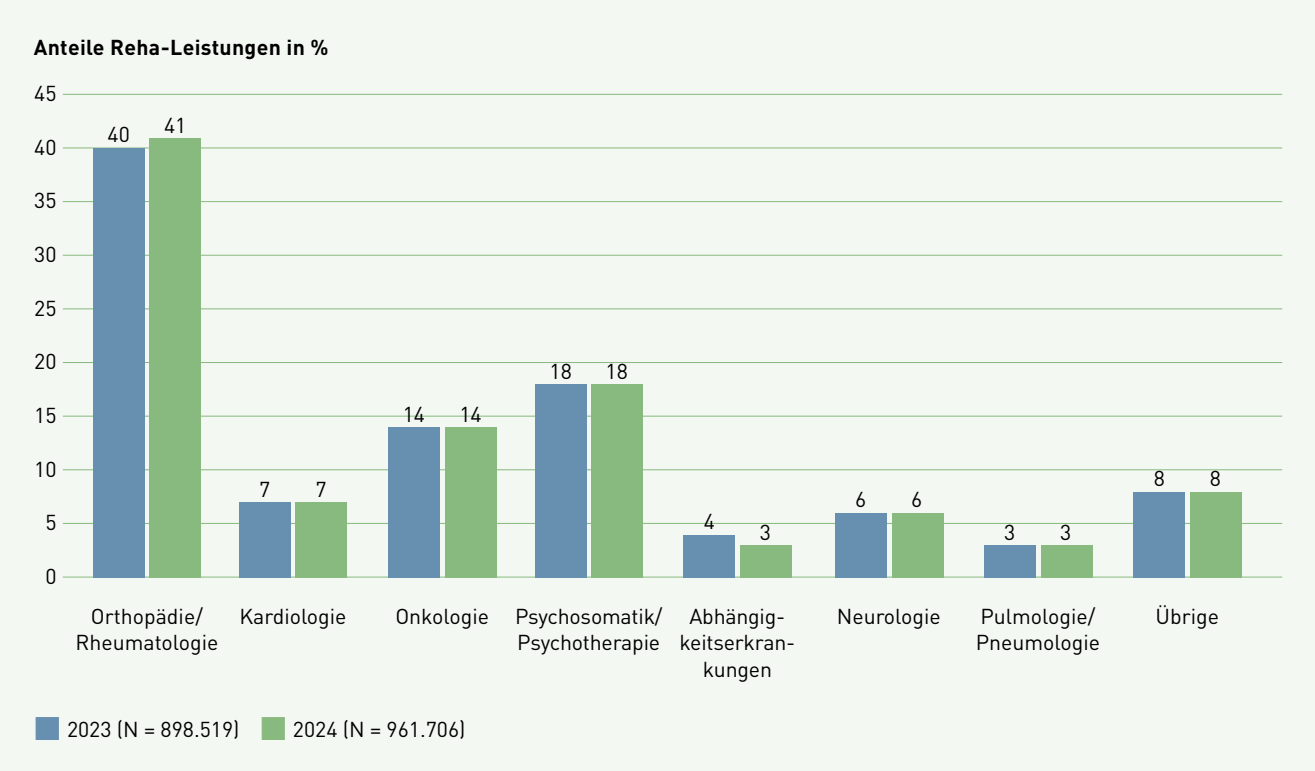
41 % mit orthopädischer Erkrankung

Spektrum der Indikationen

Die von der Deutschen Rentenversicherung erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation lassen sich einem breiten Spektrum medizinischen Indikationen zuordnen. Diese Zuordnung kann anhand der ärztlichen Diagnose, die am Ende der Rehabilitationsleistung im Reha-Entlassungsbericht verzeichnet wird, erfolgen. Ein Überblick über die Verteilung bei Rehabilitationsleistungen für Erwachsene gibt Abbildung 2 auf Seite 43. In 2024 stellen mit 41 % die Rehabilitationen der orthopädischen und rheumatischen Indikationen die größte Gruppe dar. Rehabilitationen der psychosomatischen Indikationen bilden mit 18 % die zweitgrößte Gruppe, gefolgt von onkologischen Erkrankungen mit 14 %.

Mit einem Anteil von 8 % werden die übrigen Indikationen zusammengefasst, die unter anderem Erkrankungen aus dem Bereich der Endokrinologie, Gastroenterologie und Dermatologie umfassen. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich keine Änderungen im Spektrum der Indikationen bei Rehabilitationsleistungen für Erwachsene.

Abbildung 2: Spektrum der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener: 2024



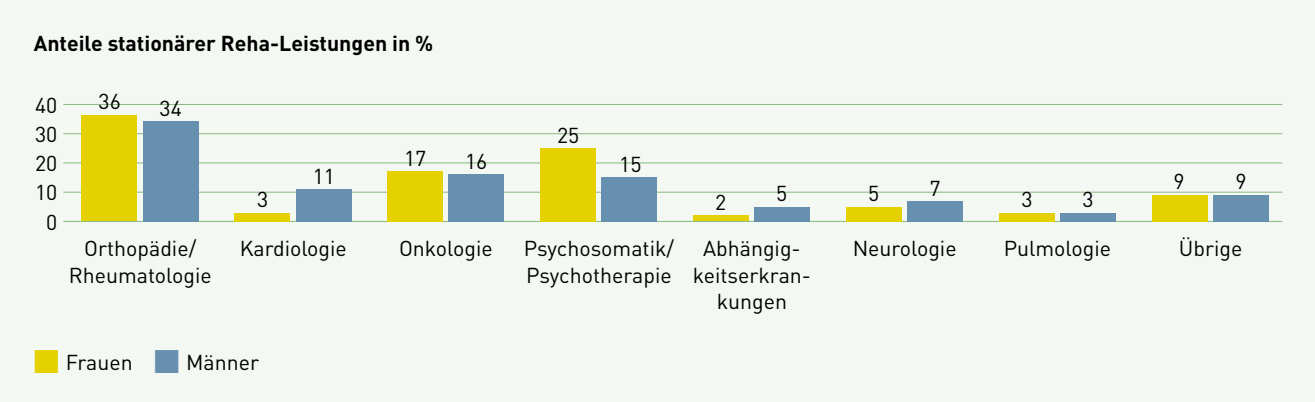
* ambulant und stationär
Ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist.
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2024

Spektrum der Indikationen in 2024 – nach Geschlecht und Reha-Form

Wird die aktuelle Verteilung der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation in 2024 getrennt nach Geschlecht und stationärer bzw. ambulanter Reha-Form verglichen, ergibt sich ein differenziertes Bild wie Abbildung 3 auf Seite 45 aufzeigt. In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird seit 2018 auch das offiziell dritte Geschlecht „divers" erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen können diese geringen Zahlen, die noch im einstelligen Bereich liegen, nicht dargestellt werden. Solange die Anzahl der Fälle so gering ist, werden sie bei der Auswertung der Statistiken der Deutschen Rentenversicherung den Frauen zugeordnet.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhielten in 2024 Frauen (36 %) wie Männer (34 %) zu mehr als einem Drittel wegen orthopädischer und rheumatischer Erkrankungen. Der Anteil der Frauen in der psychosomatischen Indikation (25 %) deutlich höher als bei den Männern (15 %). Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Männer in der kardiologischen Indikation (11 %) und bei der Rehabilitation der Abhängigkeitserkrankungen (5 %) höher als bei den entsprechenden Indikationen bei den Frauen (3 %, respektive 2 %).

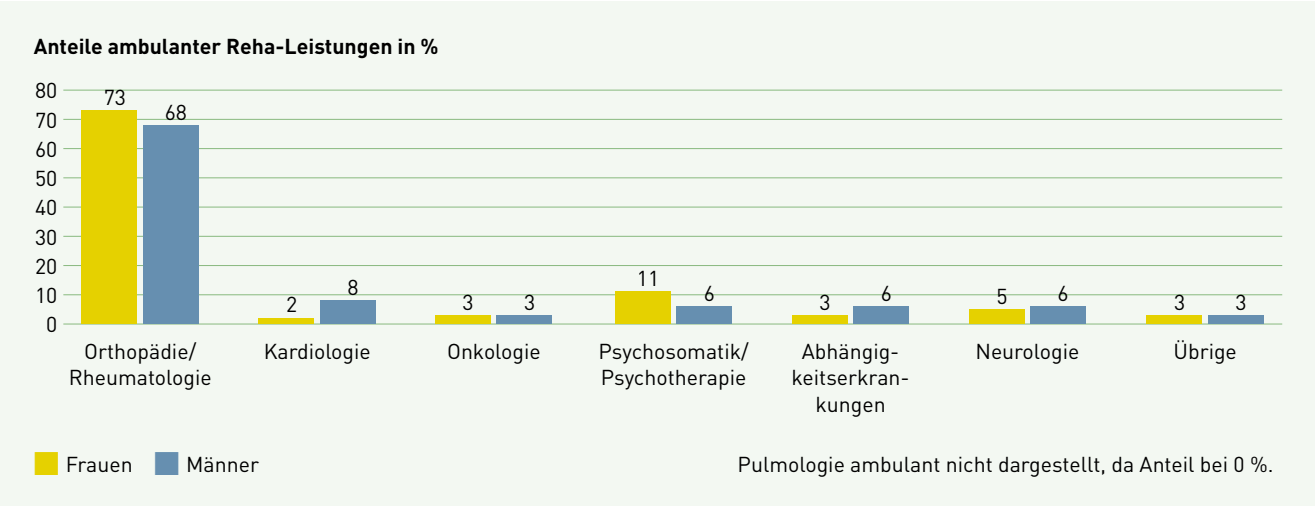
Abbildung 3: Stationäre Reha 2024: Spektrum der Indikationen nach Geschlecht



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers" erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2024

Ein ähnliches Bild zeichnet sich in der ambulanten medizinischen Rehabilitation ab, wie Abbildung 4 auf Seite 45 darstellt. Der Anteil der orthopädischen bzw. rheumatischen Indikationen in der ambulanten Rehabilitation ist auch hier am größten und mit 73 % bei Frauen und 68 % bei Männern nahezu doppelt so groß wie in der stationären Rehabilitation. Der Anteil der Frauen ist mit 11 % in den psychosomatischen Indikationen höher als bei Männern (6 %), während bei kardiologischen Indikationen und Rehabilitationen der Abhängigkeitserkrankungen Männer einen höheren Anteil haben.

Abbildung 4: Ambulante Reha 2024: Spektrum der Indikationen nach Geschlecht



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers" erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2024

Stationäre Rehabilitation im Schnitt 28,5 Tage

Dauer der Reha-Leistungen in 2024 – nach Indikation

Im Jahr 2024 betrug die durchschnittliche Dauer stationärer medizinischer Rehabilitation, 28,6 Tage – inklusive Wochenenden. Die durchschnittlichen Behandlungsdauern nach Indikation sind in Tabelle 6 dargestellt. Orthopädische, rheumatologische und kardiologische Rehabilitationen dauerten im Mittel 23 bis 24 Tage, Reha-Leistungen bei psychischen Diagnosen durchschnittlich 37,5 Tage. Bei Abhängigkeitserkrankungen lag die mittlere Aufenthaltsdauer unabhängig vom Geschlecht bei 86,5 Tagen. Erstmals wurden 2024 auch nichtstoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen erfasst (ca. 530 Fälle).

Tabelle 6: Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2024: Durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Orthopädie/ Rheuma-tologie	Kardiologie	Onkologie	Psycho-somatik/ Psycho-therapie**	Abhängig-keitserkran-kungen	Neurologie	Pulmologie	Übrige*
Behandlungstage / stationär									
Frauen	28	24	24	23	37	86	30	24	26
Männer	29	23	23	22	38	87	30	24	25
Behandlungstage / ambulant									
Frauen	20	17	17	17	33	55	22	18	19
Männer	20	17	17	16	36	50	22	19	19

* gewichtet aus fehlenden und restlichen Indikationen. Die Angabe „fehlend" bedeutet, dass keine Diagnose dokumentiert wurde.
stationär: inkl. Wochenende; ambulant: Behandlungstage, an denen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sich ganztägig in der ambulanten Reha-Einrichtung aufhalten.
Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers" erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.
** auch andere Maßnahmearten wie Rehabilitation psychisch Erkrankter (RPK) enthalten
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2025

Ambulante Reha im Schnitt 20 Tage

In der ambulanten Rehabilitation werden die Behandlungstage gezählt, an denen sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ganztägig in der Reha-Einrichtung aufhalten. In Tabelle 6 auf Seite 46 sind die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosegruppen enthalten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug im Jahr 2024 für Frauen und für Männer durchschnittlich je 20 Tage. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation wurden bei Frauen wie Männern im Schnitt etwa 17 Behandlungstage benötigt. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen suchten die ambulante Reha-Einrichtung im Schnitt länger auf als solche mit orthopädischen Diagnosen. Dabei war die Behandlungsdauer bei Frauen mit 33 Tagen deutlich niedriger als bei Männern mit 36 Tagen. Eine ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen dauerte hingegen bei Frauen durchschnittlich 55 Tage, bei Männern 50 Tage.

Altersspezifische Betrachtung

Das Durchschnittsalter von Frauen und Männern, die eine stationäre medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag in 2024 bei 55 Jahren. Demgegenüber lag das Durchschnittsalter in der ambulanten Rehabilitation bei beiden Geschlechtern bei 52 Jahren.

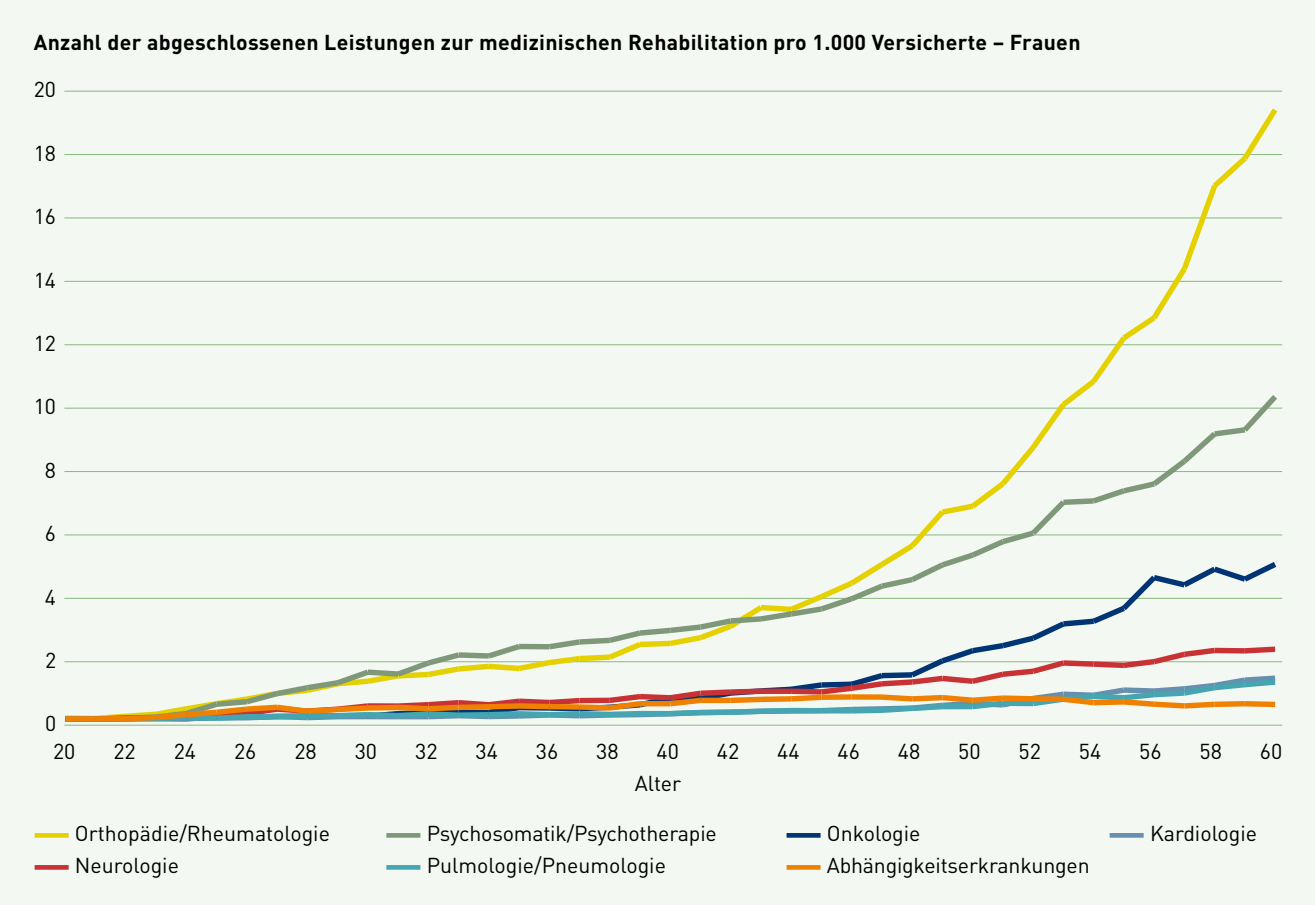
Werden die Diagnosegruppen in der medizinischen Rehabilitation betrachtet, lassen sich Unterschiede im durchschnittlichen Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden feststellen. Mit 43,1 Jahren war das Durchschnittsalter in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen deutlich jünger als in anderen Indikationen. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen waren im Mittel 52,1 Jahre, gefolgt von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (52,6 Jahre), orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen (54,7 Jahre) und kardiologischen Erkrankungen (55,8 Jahre). Mit im Mittel 60,4 Jahren waren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit onkologischen Erkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt zahlreiche krankheitsspezifische, personenbezogene und auch gesellschaftliche Faktoren zu den Altersunterschieden zwischen den Diagnosegruppen führen können, trägt hier eine gesetzliche Regelung dazu bei: Nach § 31 SGB VI führt die Rentenversicherung eine medizinische Rehabilitation bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Krebserkrankungen auch dann durch, wenn sie bereits im Rentenalter sind.

Mehr chronische Erkrankungen im Alter

Grundsätzlich nimmt mit dem Alter die Zahl chronisch Erkrankter zu. Ebenso werden mit höherem Alter mehr medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen. Die altersspezifische Inanspruchnahme wird ermittelt, indem die Zahl der abgeschlossenen Rehabilitationen je 1.000 Versicherte für jedes Alter getrennt ermittelt wird, wie Abbildung 5 auf Seite 48 und Abbildung 6 auf Seite 49 darstellen.

Es zeigt sich ein klarer Zusammenhang der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen mit zunehmendem Alter. Bei der Betrachtung einzelner Indikationsgruppen zeigt sich bei den Frauen ein ausgeprägter Anstieg der altersspezifischen Inanspruchnahme bei orthopädischen und rheumatologischen Erkrankungen ab dem 40. Lebensjahr. Ebenso steigt die Inanspruchnahme von psychosomatischen Reha-Leistungen und ab dem 50. Lebensjahr die Inanspruchnahme onkologischer Reha-Leistungen.

Abbildung 5: Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2024

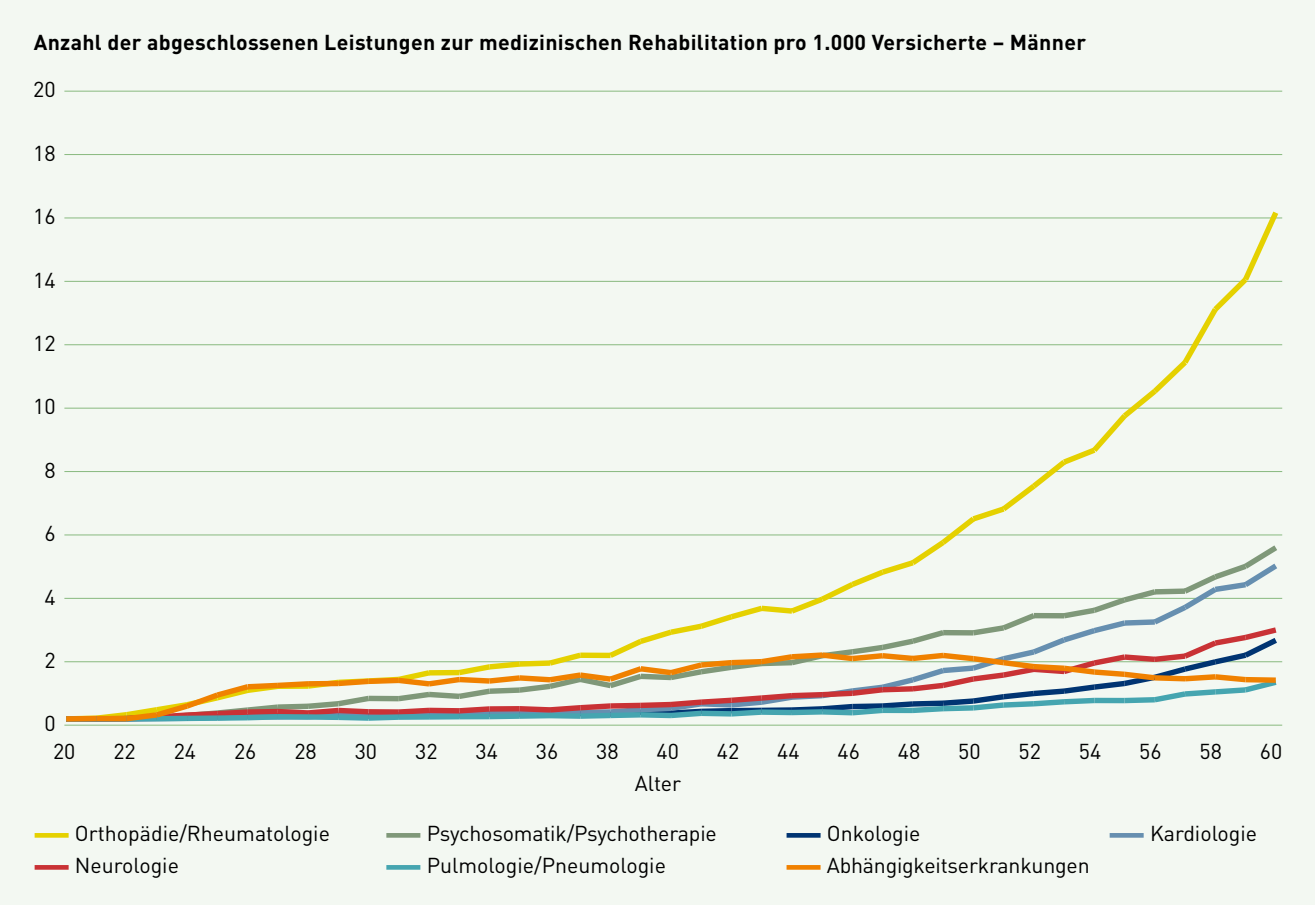


Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers" erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2024, „Versicherte" 2023

Inanspruchnahme steigt mit Alter

Bei den Männern steigt die Inanspruchnahme orthopädischer oder rheumatologischer Reha-Leistungen ebenfalls ab dem 40. Lebensjahr deutlich an. Der Anstieg von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen zeigte sich bei Männern etwas schwächer ausgeprägt als bei den Frauen. Eine für Frauen und Männer ebenfalls unterschiedliche Entwicklung der altersabhängigen Inanspruchnahme war bei den kardiologischen Erkrankungen sichtbar. Hier stiegen die Reha-Leistungen männlicher Versicherter etwa um das 40. Lebensjahr kontinuierlich. Bei Frauen setzte diese Entwicklung knapp zehn Jahre später ein und präsentierte sich weniger stark ausgeprägt.

Abbildung 6: Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2024



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2024, „Versicherte" 2022

Medizinische Rehabilitation: **Prozess und Ergebnis**

Der folgende Berichtsteil behandelt die Ergebnisse der Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Deutschen Rentenversicherung, siehe „Daten zur Qualitätssicherung“ auf Seite 94. Diese beziehen sich auf Reha-Einrichtungen bzw. deren Fachabteilungen, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden und am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teilnehmen, siehe „Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen“ auf Seite 70.

Zufriedenheit aus Perspektive der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Die Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird mit einem Fragebogen erfasst, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 51. Neben der Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Reha-Einrichtung wird detailliert nach einzelnen Aspekten der Reha gefragt, beispielsweise nach der Betreuung durch das Reha-Team, den Behandlungen und Schulungen sowie dem Therapieablauf und der Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation.

Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

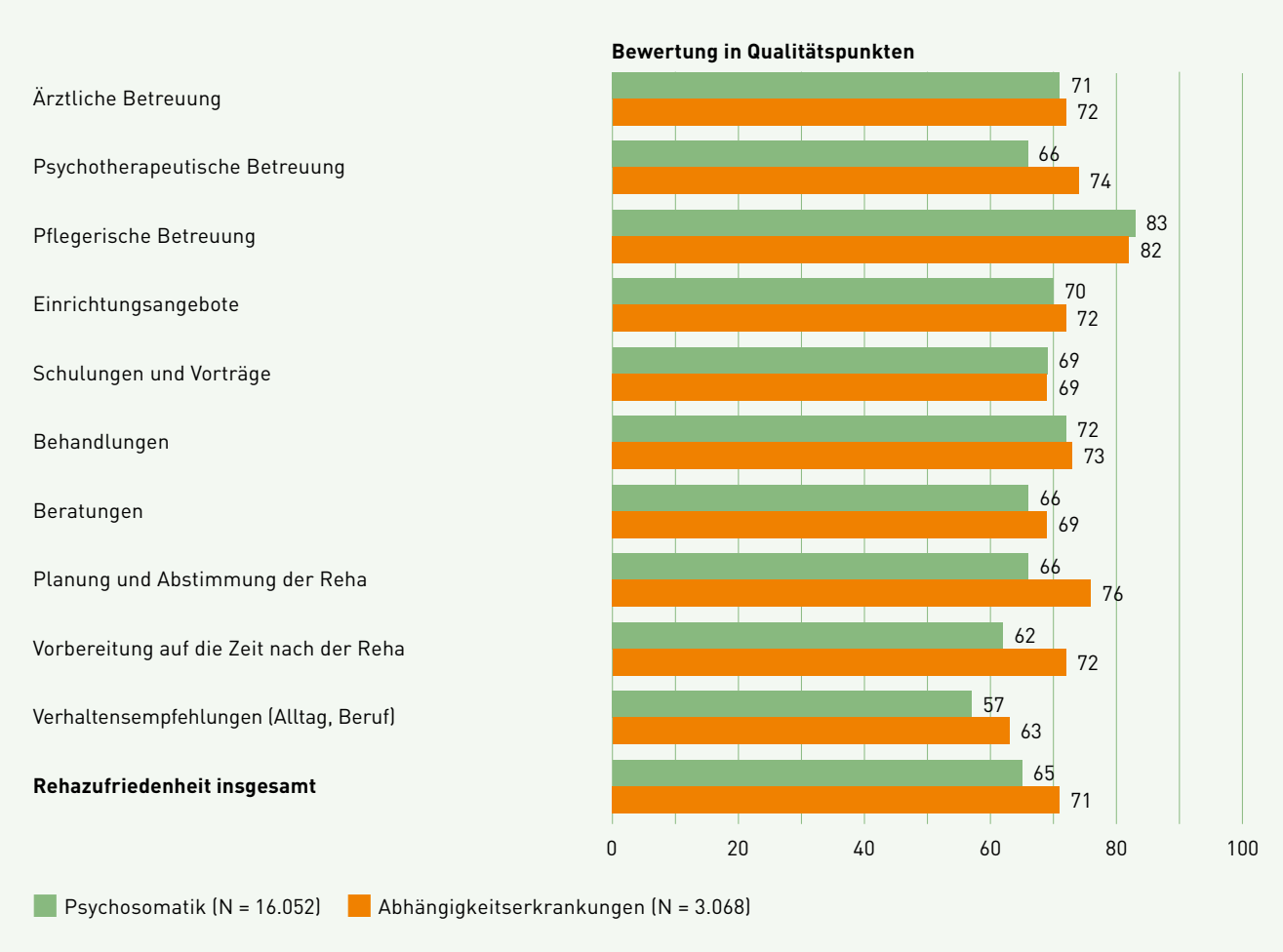
Bei der Qualitätsbewertung der Rehabilitation ist es der Rentenversicherung ein zentrales Anliegen, auch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einzubinden. Seit 1997 können sie sich durch Ausfüllen eines Fragebogens an der Qualitätssicherung beteiligen. Diese Befragung erfasst die Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg. Die Befragung erfolgt kontinuierlich: Monatlich werden jeweils rund 20 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden pro Reha-Fachabteilung zufällig ausgewählt, acht bis zwölf Wochen nach ihrer Rehabilitation angeschrieben und zu ihrer Einschätzung der Rehabilitation befragt. Jährlich werden insgesamt etwa 130.000 Fragebögen ausgewertet. Für körperliche und psychische Erkrankungen, inklusive Abhängigkeitserkrankungen, für die stationäre und die ambulante Rehabilitation sowie für Kinder und Jugendliche gibt es jeweils unterschiedliche Fragebögen.

Um ein umfassendes Bild zu erhalten, setzen sich die Fragebögen aus mehreren Einzelfragen zusammen, die auf verschiedene Aspekte der Rehabilitation fokussieren. Zur besseren Übersichtlichkeit sind inhaltlich ähnliche Fragen in der Ergebnisdarstellung gebündelt, z. B. als „Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung". Darüber hinaus gibt es jeweils eine abschließende Frage zur „Zufriedenheit mit der Reha insgesamt", bzw. zum „Gesamthaften Behandlungserfolg". Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewerten die einzelnen Fragen auf einer Skala von „1" bis „5", die im Rahmen der Auswertung zur besseren Vergleichbarkeit (mit den weiteren Instrumenten der Qualitätssicherung) in Qualitätspunkte umgerechnet wird. 100 Qualitätspunkte stehen für ein sehr gut, 0 Qualitätspunkte für sehr schlecht.

Jede Reha-Fachabteilung erhält die Ergebnisse der Befragung ihrer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Form eines fachabteilungsvergleichenden Qualitätssicherungsberichts. Um den Vergleich der Fachabteilungen möglichst fair zu gestalten, findet das sogenannte Verfahren der Risiko-Adjustierung Anwendung. Dabei werden die Ergebnisse der Befragung um den Einfluss vorbestehender Merkmale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wie beispielsweise Bildung, Geschlecht und Alter, die zu unterschiedlichen Bewertungen der Rehabilitation führen können, bereinigt.

Einen Überblick über die Zufriedenheit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die zwischen August 2022 und Juli 2023 eine stationäre Rehabilitation in den Indikationsbereichen Psychosomatik oder Abhängigkeitserkrankungen abgeschlossen haben, gibt Abbildung 7 auf Seite 52. Die Ergebnisse basieren auf 16.052 Fragebögen aus der Psychosomatik und 3.068 Fragebögen aus den Abhängigkeitserkrankungen.

Abbildung 7: Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen



100 Qualitätspunkte stehen für sehr gut, 0 Qualitätspunkte für sehr schlecht
Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitand*innenbefragung Okt. 2022 bis Sept. 2023

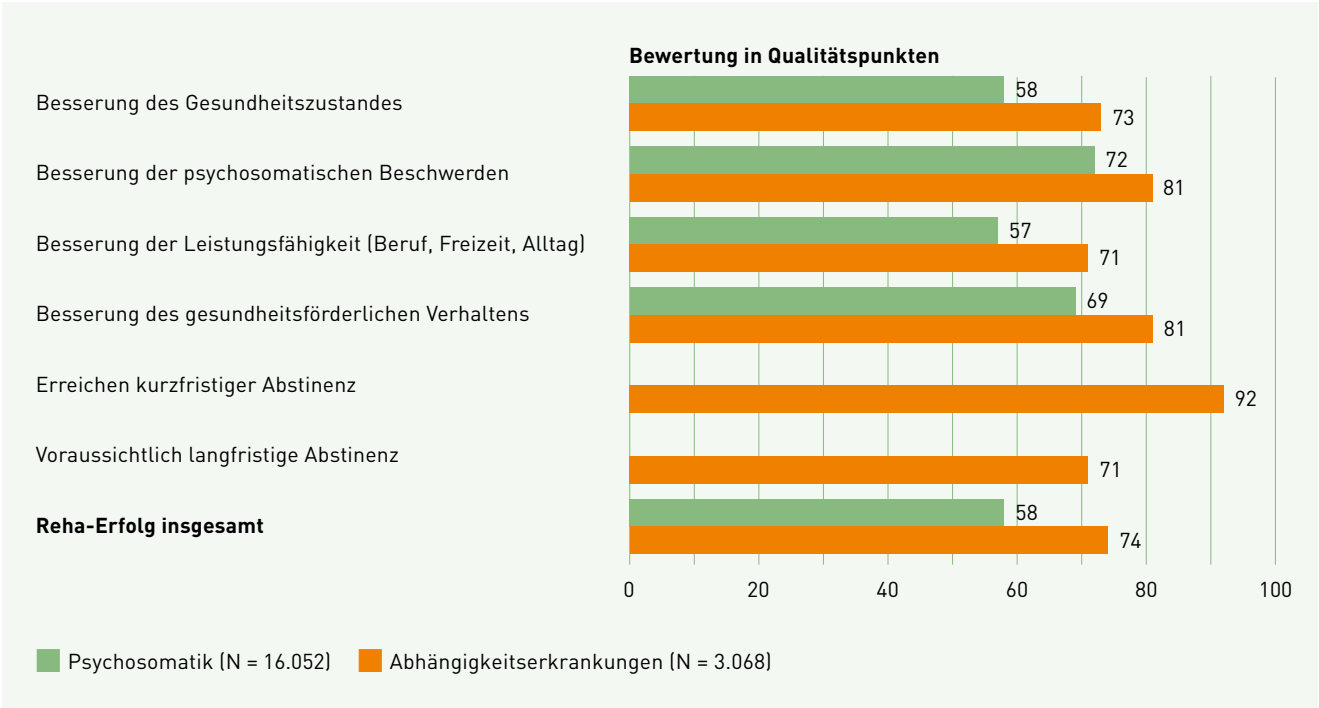
Hohe Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung

Die von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichtete Zufriedenheit mit der Rehabilitation insgesamt liegt in der Psychosomatik im Durchschnitt bei 65 Qualitätspunkten und in den Abhängigkeitserkrankungen bei 71 Qualitätspunkten. In beiden Bereichen wird die pflegerische Betreuung mit jeweils über 80 Qualitätspunkten am besten eingeschätzt, während die Zufriedenheit mit den Verhaltensempfehlungen (für Alltag und Beruf) mit 57 Qualitätspunkten in der Psychosomatik und 63 Qualitätspunkten in den Abhängigkeitserkrankungen eingestuft wurde. Hier lässt sich ein Verbesserungspotenzial feststellen.

Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden nicht nur nach der Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation gefragt, sondern auch nach dem subjektiv wahrgenommenen Erfolg der durchgeführten Rehabilitation, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 51. Die Befragten beurteilen ihren Gesundheitszustand und ihre Leistungsfähigkeit, indem sie sich an den Zustand vor der Rehabilitation erinnern: „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Zeit vor der Rehabilitation denken, haben sich Ihre Beschwerden durch die Rehabilitation verbessert?“.

Abbildung 8: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen



100 Qualitätspunkte stehen für sehr gut, 0 Qualitätspunkte für sehr schlecht
Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitand*innenbefragung Okt. 2022 bis Sept. 2023

Starke Verbesserung psychosomatischer Beschwerden

Abbildung 8 auf Seite 53 zeigt, welche Bereiche der Gesundheit sich aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch eine Rehabilitation verbessert haben: Eine starke Verbesserung zeigt sich in beiden Indikationsbereichen bei den psychosomatischen Beschwerden und dem gesundheitsförderlichen Verhalten. Die Besserung psychosomatischer Beschwerden (zum Beispiel Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Nervosität und innere Unruhe) wurde in der Psychosomatik mit durchschnittlich 72 Qualitätspunkten und in den Abhängigkeitserkrankungen mit durchschnittlich 81 Qualitätspunkten bewertet. Die Besserung des gesundheitsförderlichen Verhaltens (zum Beispiel die Motivation, auch nach Abschluss der Rehabilitation für die eigene Gesundheit aktiv zu werden und sich zum Beispiel einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, Gesundheitskurse zu belegen oder sich verstärkt sportlich zu betätigen) erreichte im Durchschnitt 69 Qualitätspunkte in der Psychosomatik und 81 Qualitätspunkte in den Abhängigkeitserkrankungen.

Bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen zeigt sich außerdem eine klare Verbesserung der kurzfristigen Abstinenz. Auch insgesamt sind die Befragten im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen zufriedener und beurteilen den Behandlungserfolg besser als diejenigen in der Psychosomatik. Allerdings ist bei der Ergebnisinterpretation der geringe Rücklauf an Fragebögen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zur Psychosomatik (25 % vs. 55 %) zu beachten.

Therapeutische Versorgung – Dokumentation mit der KTL

Die Berichterstattung der Reha-Qualitätssicherung zur therapeutischen Versorgung basiert auf der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Sie richtet sich an Reha-Fachabteilungen der Deutschen Rentenversicherung, für die mindestens 25 Reha-Entlassungsberichte mit gültigen KTL-Codierungen elektronisch erfasst wurden. Bewertet wird die therapeutische Versorgung anhand der Leistungsdauer, Leistungsmenge und Leistungsverteilung, siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)".

Kurz erklärt: Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

Für jede Rehabilitandin und jeden Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung wird zum Ende der Rehabilitation ein Entlassungsbericht erstellt. Dieser enthält unter anderen Angaben über die Anzahl und Dauer der therapeutischen Leistungen, die die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden jeweils erhalten haben. Die therapeutischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden seit 1997 routinemäßig anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) kodiert. Leistungen eines therapeutischen Bereichs sind in der KTL in jeweils einem Kapitel aufgeführt wie beispielsweise Kapitel A: Sport- und Bewegungstherapie. Die KTL gilt sowohl für die stationäre als auch für die ambulante medizinische Rehabilitation von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.

19,4 Stunden Therapiezeit pro Woche und Reha

2024 erhielten 1.951 Reha-Fachabteilungen eine Auswertung der KTL-Daten aus ihren Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2023. Insgesamt gingen 791.439 Reha-Entlassungsberichte in die Auswertungen ein. Tabelle 7 auf Seite 55 gibt einen Überblick über die therapeutische Versorgung.

Insgesamt haben im Jahr 2023 jede Rehabilitandin und jeder Rehabilitand während der Rehabilitation im Durchschnitt 33,1 über die KTL erfasste Leistungen pro Woche erhalten, die sich auf 19,4 Stunden Therapiezeit pro Woche verteilen. Zusätzlich gibt die Tabelle an, wie viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben. 100 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bekamen mindestens eine Schulung, einen Vortrag oder eine andere Leistung aus dem Kapitel C – Information, Motivation und Schulung. 99 % bekamen Leistungen aus dem Kapitel A – Sport- und Bewegungstherapie. Aus dem Kapitel G – Psychotherapie erhielten insgesamt 25 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung.

Der geringe Anteil von Leistungen aus dem Kapitel G ist darauf zurückzuführen, dass psychotherapeutische Leistungen hauptsächlich in der psychosomatischen Rehabilitation und bei der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erbracht werden, einem im Vergleich zur somatischen Rehabilitation kleineren Indikationsbereich.

Breites Spektrum der medizinischen Reha

In Tabelle 7 auf Seite 55 wird deutlich, wie komplex (multimodal) die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist. Behandlungsschwerpunkte sind Information, Motivation und Schulung wie beispielsweise standardisierte Schulung bei Bluthochdruck, ärztliche sozialmedizinische Beratung sowie Sport- und Bewegungstherapie wie zum Beispiel Ausdauertraining oder Muskelkrafttraining und auch klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie sowie psychologische und neuropsychologische Leistungen wie Entspannungstraining, Hirnleistungstraining, Musik-, Kunst- und Gestaltungstherapie.

Tabelle 7: Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2023

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung*		pro Rehabilitandin und Rehabilitand	
	Anzahl	Anteil	Leistungen pro Woche	Dauer (Std.) pro Woche
A – Sport- und Bewegungstherapie	785.141	99 %	8,2	5,0
B – Physiotherapie	705.920	89 %	4,8	2,4
C – Information, Motivation, Schulung	790.196	100 %	3,5	2,5
D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	773.552	98 %	1,3	0,7
E – Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie	627.937	79 %	2,5	1,8
F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie	729.127	92 %	2,8	2,1
G – Psychotherapie	195.963	25 %	3,8	4,1
H – Reha-Pflege und Pädagogik	735.103	93 %	2,4	0,7
K – Physikalische Therapie	706.208	89 %	5,3	2,0
L – Rekreationstherapie	573.297	72 %	3,3	2,3
M – Ernährungsmedizinische Leistungen	654.561	83 %	1,3	0,7
Insgesamt	791.439	100 %	33,1	19,4

* Mehrfachnennungen möglich; N = 791.439 stationäre und ambulante Reha-Leistungen
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2023

Evidenzbasierte Grundlage für Therapien

Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation

Die Reha-Therapiestandards sind als ein Teil der Reha-Qualitätssicherung mit dem Ziel konzipiert, die rehabilitative Behandlung auf eine evidenzbasierte Grundlage zu stellen. Das bedeutet, es werden Therapien mit wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit eingesetzt, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Reha-Therapiestandards“ auf Seite 57. Zusätzlich legen die Reha-Therapiestandards fest, welche und wie viele Leistungen eine Rehabilitandin oder ein Rehabilitand mit einem bestimmten Krankheitsbild (Indikation) während der Rehabilitation mindestens erhalten soll. Das sind die Mindestanforderungen. Die Auswertungen zu den Reha-Therapiestandards beruhen auf den dokumentierten Leistungen nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, 2015).

Eine Überarbeitung der Reha-Therapiestandards erfolgte im Rahmen eines Projektes in den Jahren 2013 bis 2015. Dabei wurden alle Reha-Therapiestandards an den aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand angepasst. Die überarbeitete Fassung der Reha-Therapiestandards ist seit 2017 verbindlich. Aktuell werden die Reha-Therapiestandards überarbeitet.

Ergänzung für Leitlinien der Fachgesell-schaften

Kurz erklärt: Reha-Therapiestandards

Die Reha-Therapiestandards (RTS) sind Teil der externen Reha-Qualitätssicherung. Sie tragen wesentlich dazu bei, das therapeutische Versorgungsgeschehen transparent zu machen. Die Anforderungen an eine Rehabilitation sind für alle Reha-Therapiestandards in den sogenannten „Evidenzbasierten Therapiemodulen" (ETM) einheitlich festgelegt. Sie definieren für das entsprechende Krankheitsbild therapeutische Inhalte und Leistungen, deren Wirksamkeit evidenzbasiert ist. So beinhaltet der Reha-Therapiestandard „Koronare Herzkrankheit" zum Beispiel insgesamt 12 evidenzbasierte Therapiemodule (ETM 01-ETM 12). Dazu gehören unter anderen „ETM 01 – Bewegungstherapie; Ausdauertraining", „ETM 06 – Gesundheitsbildung", „ETM 11 – Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration".

Für jedes ETM werden alle in Frage kommenden therapeutischen Leistungen angegeben und Mindestanforderungen bezüglich Dauer und Häufigkeit festgelegt.

Der „Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitandinnen und Rehabilitanden" gibt einen Prozentsatz an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an, die diese Mindestanforderungen erfüllen müssen.

Dieser Mindestanteil ist je nach Therapiemodul unterschiedlich. Die Mindestanteile beruhen auf Schätzungen von Expertinnen und Experten aus der Reha-Praxis. Natürlich besteht auch die Möglichkeit individuelle Probleme und Einzelfälle zu berücksichtigen, da der Mindestanteil nie 100 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einschließt. Mindestanteil, Mindestdauer und Mindesthäufigkeit definieren die untere Grenze des Leistungskorridors für eine adäquate Rehabilitation und sollten deshalb nicht unterschritten werden.

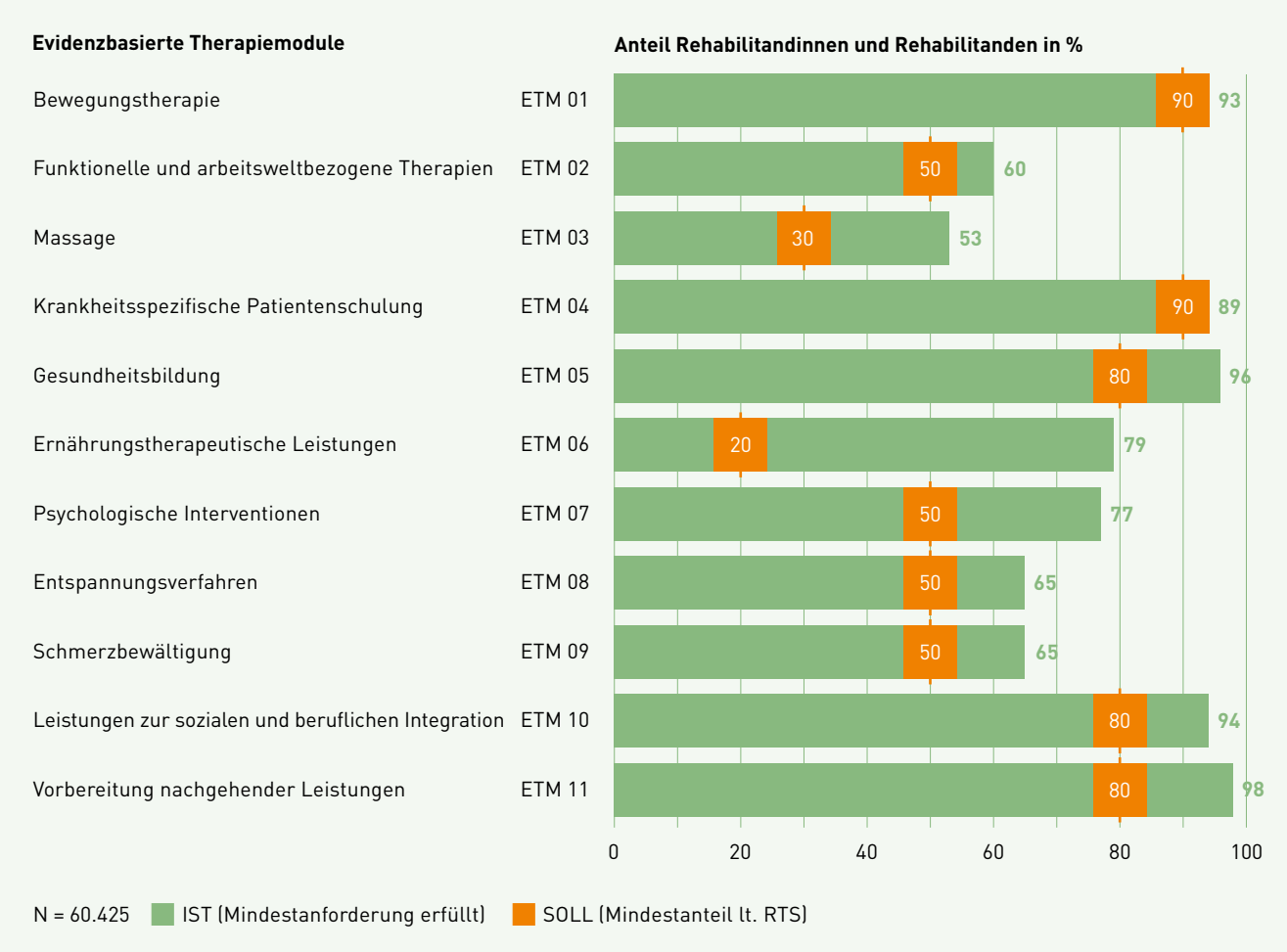
Bislang gibt es Reha-Therapiestandards für folgende Indikationen (Stand: 2025)

- → Alkoholabhängigkeit
- → Brustkrebs
- → Chronischer Rückenschmerz
- → Depressive Störungen
- → Diabetes mellitus Typ 2
- → Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP)
- → Koronare Herzkrankheit
- → Schlaganfall – Phase D
- → Kinder- und Jugendrehabilitation: Asthma bronchiale, Adipositas, Neurodermitis

Beispielhaft werden im Folgenden aktuelle Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards „Chronischer Rückenschmerz" und „Depressive Störungen" vorgestellt. Für die einzelnen evidenzbasierten Therapiemodule werden jeweils der Prozentanteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für die die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards voll erfüllt wurden („IST"), dem geforderten Mindestprozentanteil gegenübergestellt („SOLL").

Die Auswertung zu den Reha-Therapiestandards „Chronischer Rückenschmerz" bezieht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein, die im Jahr 2023 eine Rehabilitation mit der Erstdiagnose „chronischer Rückenschmerz" und einer Behandlungsdauer zwischen 18 und 42 Tagen beendeten, siehe Abbildung 9 auf Seite 58. Dabei handelte es sich um insgesamt 60.425 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus 499 Fachabteilungen. 2023 wurden in nahezu allen evidenzbasierten Therapiemodulen die festgelegten Mindestanforderungen vollständig erfüllt. Im Therapiemodul „Krankheitsspezifische Patientenschulung" sollen 90 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens 270 Minuten pro Rehabilitation Leistungen aus diesem Modul erhalten. Dies wurde im Jahr 2022 von 89 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erfüllt.

Abbildung 9: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Chronischer Rückenschmerz" bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2023

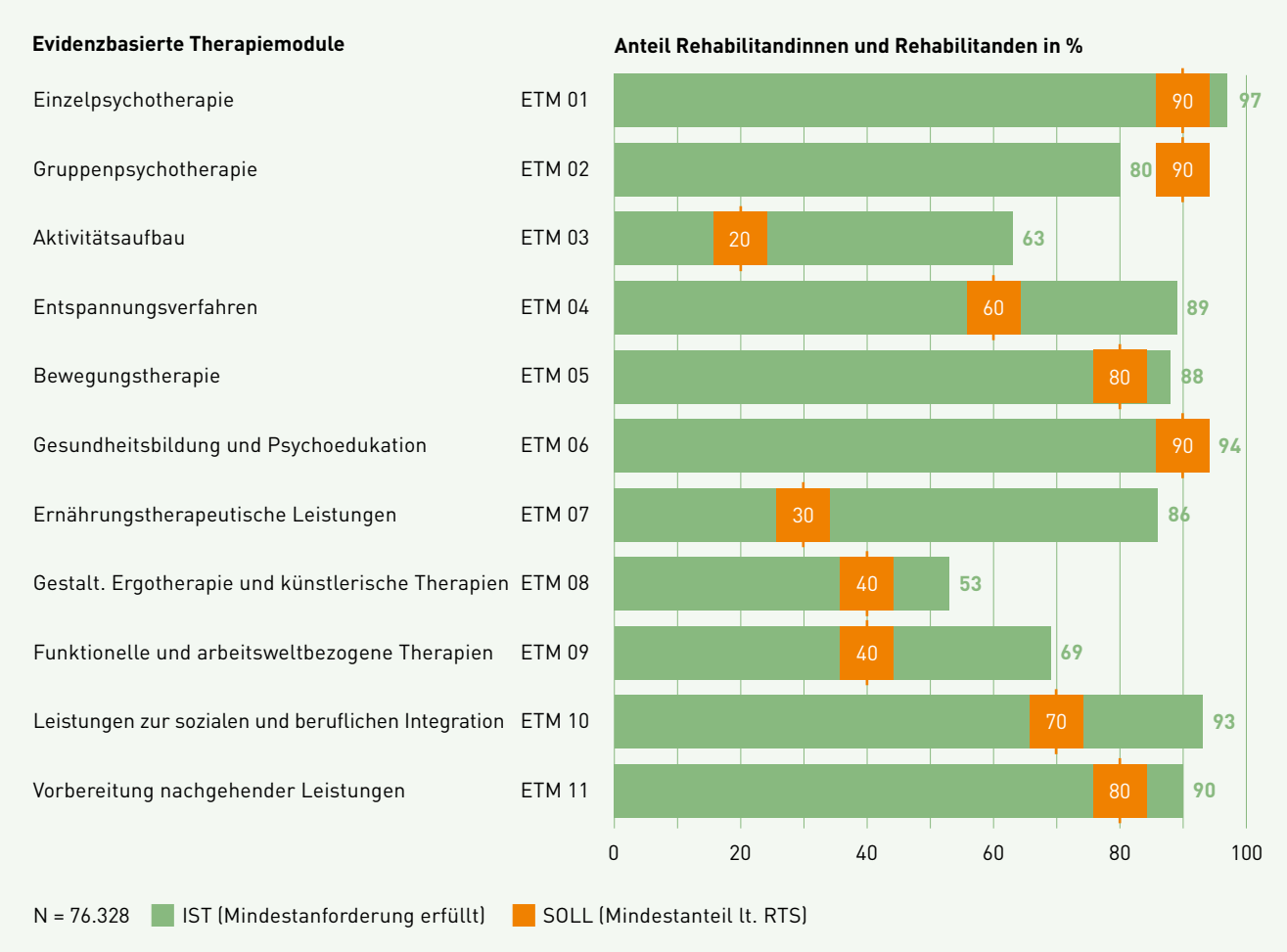


Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2022 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich des Reha-Therapiestandards „Chronischer Rückenschmerz" beendet haben
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2023

Als weiteres Beispiel werden die Ergebnisse der Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ dargestellt, siehe Abbildung 10 auf Seite 60. Insgesamt wurden 76.328 Rehabilitationen aus 313 Fachabteilungen ausgewertet, die im Jahr 2023 eine Rehabilitation mit einer entsprechenden Diagnose beendet haben und deren Behandlungsdauer zwischen 21 und 63 Tagen lag. Die in den evidenzbasierten Therapiemodulen der Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ festgelegten Mindestanforderungen wurden bis auf das ETM „Gruppentherapie“ für alle Therapiebereiche vollständig erfüllt. Hier lag der Anteil von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die pro Woche mindesten 210 Minuten Leistungen aus diesem Modul erhalten sollten, mit 80 % knapp unter dem geforderten Mindestanteil von 90 %.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in der medizinischen Rehabilitation insgesamt gute Ergebnisse bei der Erfüllung der Therapievorgaben erzielt werden. Werden jedoch die einzelnen Reha-Fachabteilungen (hier nicht dargestellt) betrachtet, bestehen nach wie vor große Unterschiede hinsichtlich der Erfüllung der Mindestanforderungen.

Abbildung 10: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Depressive Störungen" bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2023



Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2022 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich des Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen" beendet haben
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2023

Peer Review – Rehabilitation aus Sicht der Expertinnen und Experten

Der Reha-Prozess wird im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung unter anderem mit Hilfe des Peer Review der medizinischen Rehabilitation abgebildet. Erfahrene, geschulte Chef- und Oberärztinnen und -ärzte aus Reha-Fachabteilungen – sogenannte Peers – begutachten dafür ausgewählte Reha-Fälle ihrer Fachrichtung. Auf diese Weise erhalten zum einen die Fachabteilungen eine Rückmeldung zu ihrer Prozessqualität zum anderen erfolgt über die Qualitätssicherung hinaus auch eine intensive Auseinandersetzung der teilnehmenden Peers mit Qualitätsaspekten und damit einhergehend ein Transfer in deren Einrichtungen, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Peer Review" auf Seite 61.

Kurz erklärt: Peer Review

Im Peer Review-Verfahren bewerten erfahrene, spezifisch geschulte Chef- und Oberärztinnen und -ärzte aus Reha-Einrichtungen (Peers) für jede teilnehmende Fachabteilung eine Stichprobe von bis zu 18 zufällig ausgewählten Reha-Fällen ihrer Fachrichtung. Diese werden über anonymisierte Reha-Entlassungsberichte abgebildet. Die Begutachtung erfolgt verblindet. Die Peers wissen nicht, aus welcher Fachabteilung die Unterlagen kommen.

Damit alle Fälle nach den gleichen Maßstäben bewertet werden, wird eine standardisierte und manualisierte Checkliste eingesetzt. Sie gibt zum einen die prozessrelevanten Merkmale und Bereiche sowie zum anderen die Bewertungsmaßstäbe vor. Betrachtet werden im Peer Review-Verfahren alle wesentlichen Bereiche des Rehabilitationsprozesses: Von der Anamnese (Krankengeschichte) über die Diagnostik bis hin zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Die Bereiche werden zusätzlich durch Einzelmerkmale abgebildet. Die Bewertung erfolgt mit einer vierstufigen Mängelskala (keine, leichte, deutliche, gravierende Mängel) und einer 11-stufigen Punkteskala (von 0 Punkten = „sehr schlecht“ bis zu 10 Punkten = „sehr gut“).

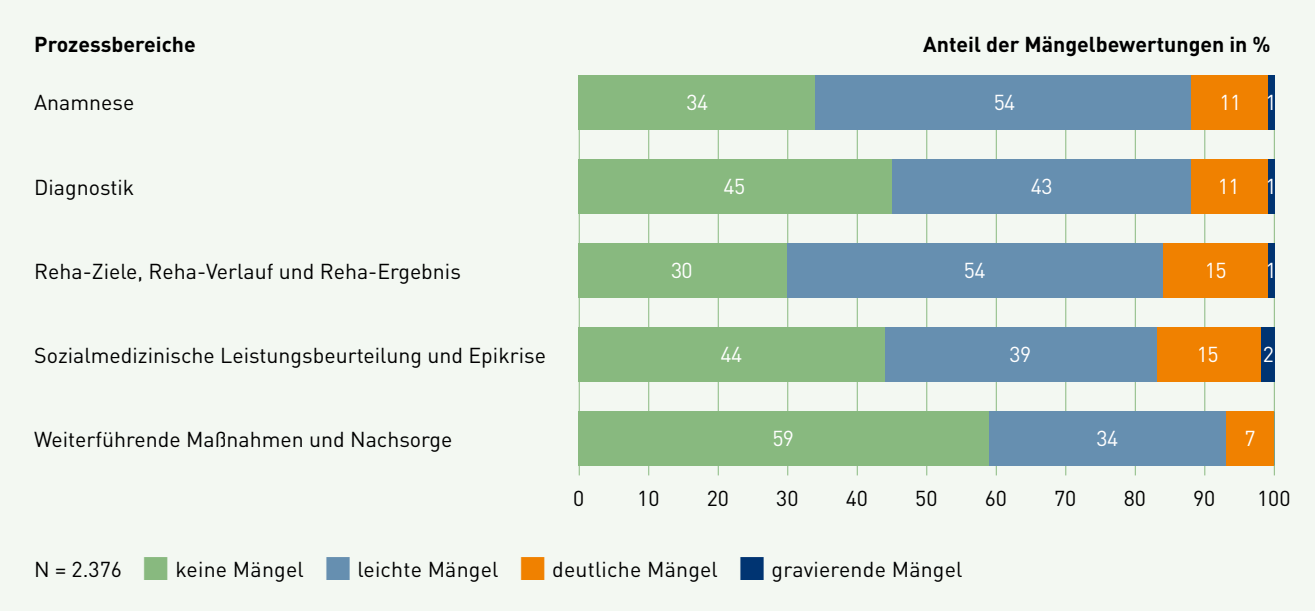
Die Ergebnisse werden den Reha-Fachabteilungen und den zuständigen Rentenversicherungsträgern in Form vergleichender Qualitätssicherungsberichte (QS-Berichte) zurückgemeldet. Dabei werden alle Ergebnisse einer Fachabteilung detailliert dargestellt und den Ergebnissen der anderen Fachabteilungen des Fachgebiets (Vergleichsgruppe) gegenübergestellt. Darüber hinaus werden bestimmte Merkmale zusammengefasst und z. B. zu Qualitätspunkten umgerechnet, über die ein Vergleich mit anderen Fachabteilungen noch einfacher möglich ist. Die Skala der Qualitätspunkte reicht von 0 Punkten (Minimum) bis 100 Punkte (Maximum).

Ergebnisse werden den Reha-Fachabteilungen zurückgemeldet

Am aktuellen Peer Review der Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen nahmen 593 Fachabteilungen teil, die zum Zeitpunkt der Ziehung am 1. September 2024 von der Deutschen Rentenversicherung belegt wurden. Gegenstand der Untersuchung waren die Entlassungsberichte von medizinischen Rehabilitationsleistungen, die zwischen dem 1. Januar 2024 und dem 30. Juni 2024 abgeschlossen wurden. Insgesamt 2.376 Entlassungsberichte aus der Psychosomatik und 1.516 aus den Abhängigkeitserkrankungen bilden die Grundlage für die Bewertung der Prozessqualität.

Die Ergebnisse der Begutachtung liefern jeder teilnehmenden Fachabteilung Hinweise zu eventuellen Verbesserungsbedarfen. Daneben geben sie in der Gesamtschau darüber Auskunft, welche Aspekte des Reha-Prozesses in der medizinischen Rehabilitation insgesamt Verbesserungen bedürfen. Abbildung 11 zeigt die Bewertungen durch die Peers in den relevanten Prozessbereichen über alle begutachteten Fälle der Indikation Psychosomatik hinweg.

Abbildung 11: Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review Psychosomatik

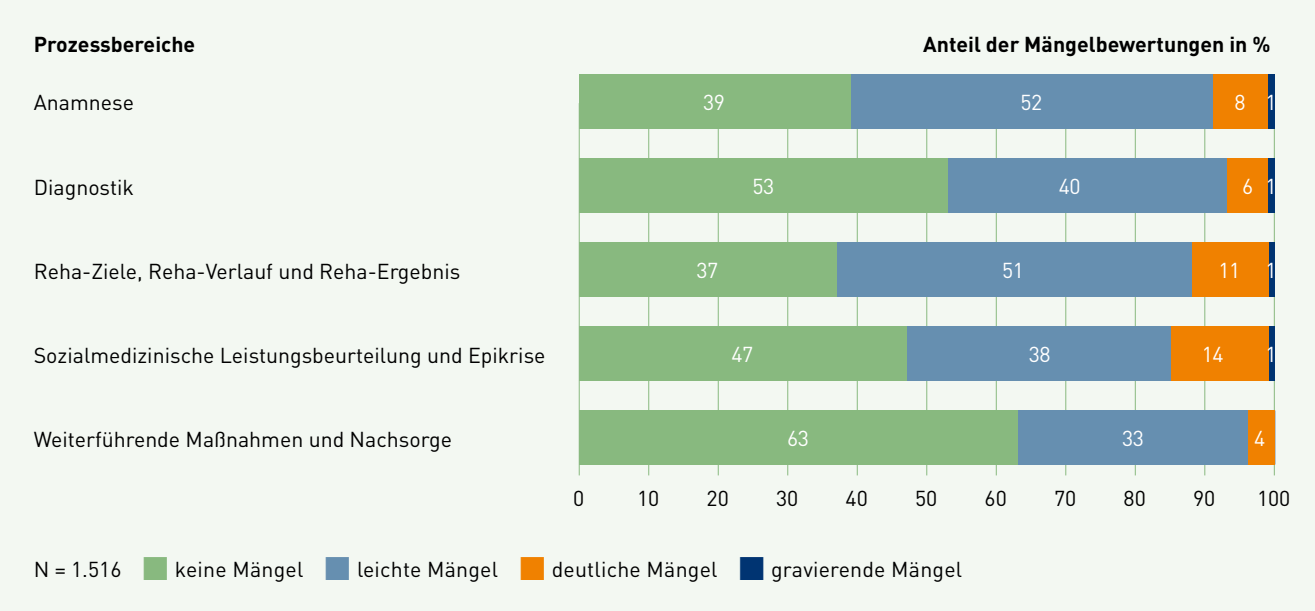


Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Peer Review Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen Bericht 2025

Gute Prozessqualität in der psychosomatischen Rehabilitation

Die Auswertung weist auf eine insgesamt gute Prozessqualität in der psychosomatischen Rehabilitation hin. Insbesondere im Bereich „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge" wiesen mehr als 50 % der ausgewerteten Fälle keine Mängel auf. Die Anzahl gravierender Mängel lag in allen Bereichen unter 2 %.

Abbildung 12: Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review Abhängigkeitserkrankungen



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Peer Review Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen Bericht 2025

In den Abhängigkeitserkrankungen ergibt sich ebenfalls eine gute Prozessqualität, wie in Abbildung 12 dargestellt. Neben dem Bereich „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge" wurden auch im Bereich „Diagnostik" bei über 50 % der ausgewerteten Fälle keine Mängel festgestellt. Verbesserungsbedarf besteht dagegen mit Blick auf den Bericht „Sozialmedizinische Leistung und Epikrise", wo die Peers bei 14 % der bewerteten Rehabilitationen deutliche und bei 1 % gravierende Mängel vergaben.

Routinedaten geben Aufschluss über Behandlungserfolg

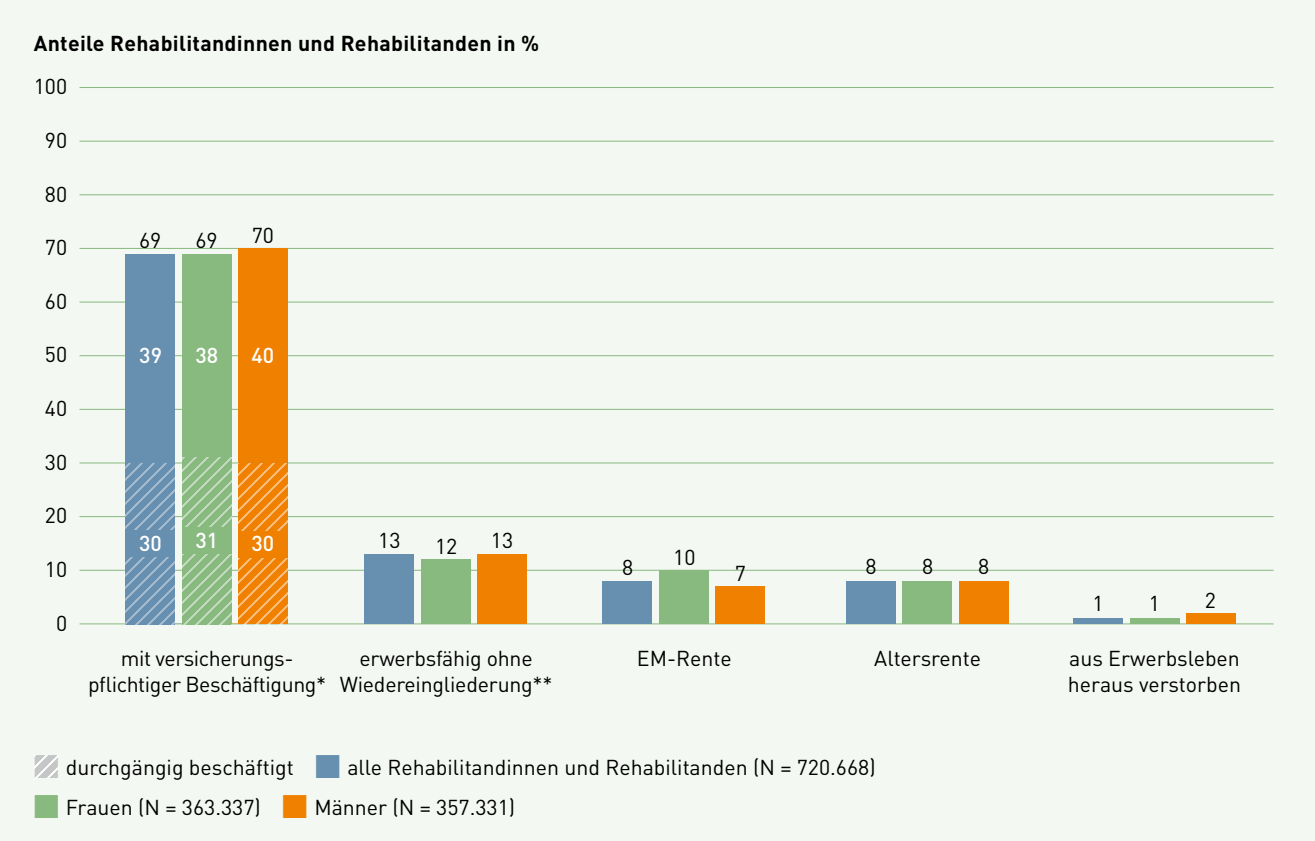
Erfolg der Rehabilitation – Sozialmedizinischer Verlauf

Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Der Erfolg einer Rehabilitation wird nicht nur subjektiv von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden selbst eingeschätzt. Er lässt sich auch objektiv an der Anzahl derer messen, die nach dem Ende der Rehabilitationsleistung möglichst dauerhaft in das Berufsleben zurückkehren, auch „Return to Work" genannt. Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der sogenannte Sozialmedizinische Verlauf (siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf" auf Seite 67) wird auf Grundlage der Routinedaten (siehe Info-Box „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung" auf Seite 35) erfasst.

Zwei Jahre nach Rehabilitation: 83 % erwerbsfähig

Der Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die ihre Rehabilitation im Jahr 2021 abgeschlossen hatten, wird in Abbildung 13 auf Seite 65 dargestellt. Insgesamt 18 % der Personen schieden in den zwei Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 8 % erhielten eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente), 8 % eine Altersrente und 2 % verstarben aus dem Erwerbsleben heraus. Bei 83 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Zusammenfassung der Kategorien „mit versicherungspflichtiger Beschäftigung“ und „erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung“) wurde das Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, erreicht: 70 % der Personen waren in dem Zeitraum versicherungspflichtig beschäftigt (mindestens einen Monat). Knapp die Hälfte der versicherungspflichtig Beschäftigten, d. h. insgesamt 30 %, waren über alle 24 Monate hinweg durchgängig beschäftigt. Als erwerbsfähig gelten weitere 13 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, auch wenn für sie in den zwei Jahren nach Abschluss der Rehabilitation keine Beitragszahlungen aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vorlagen („erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung“, siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 67). Das Ergebnis verdeutlicht den zumindest mittelfristigen Erfolg der medizinischen Rehabilitation, unter Berücksichtigung, dass vor der Rehabilitation eine erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit vorlag. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar.

Abbildung 13: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2021 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)

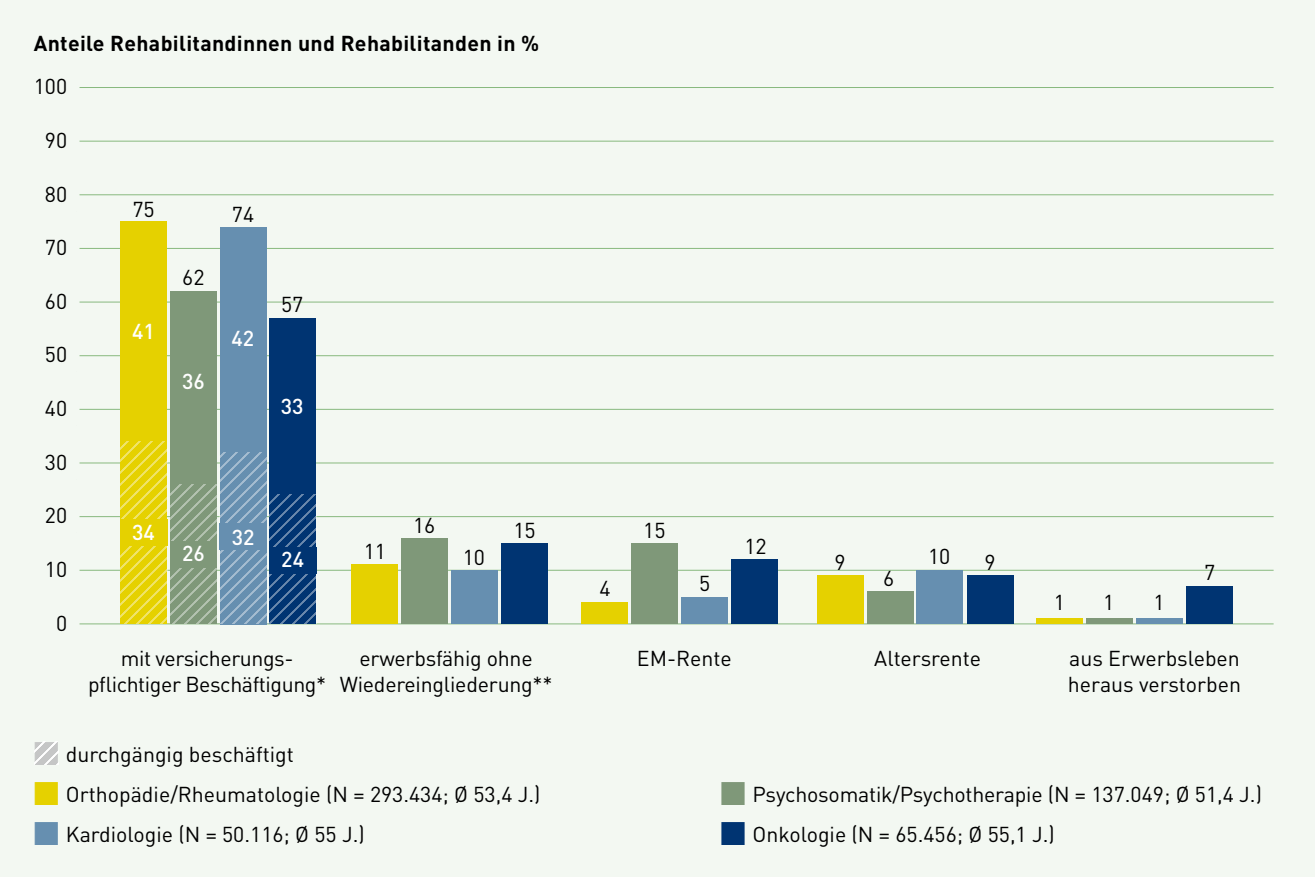


* mindestens für einen Monat Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung
** Beiträge z. B. aus Arbeitslosigkeit, langfristiger Arbeitsunfähigkeit oder ohne Beiträge
Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers" erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2016–2023

Erwerbsfähigkeit unterschiedlich zwischen Indikationen

Bei der Betrachtung des sozialmedizinischen Verlaufs differenziert nach Indikation zeigten sich deutliche Unterschiede in den Erwerbsverläufen wie in Abbildung 14 auf Seite 66 zu sehen ist. So waren in den zwei Jahren nach einer orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitation mit 75 % wesentlich mehr Personen versicherungspflichtig beschäftigt als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (57 %). Knapp ein Viertel (23 %) der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer onkologischen Rehabilitation war durchgängig beschäftigt – ein deutlich geringerer Anteil als bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden anderer Indikationen. Diese Unterschiede zwischen den Indikationen werden vor allem durch die krankheitsspezifischen Verläufe verursacht, die insbesondere bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen anderen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch in der deutlich höheren Sterblichkeit (7 %) von onkologischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wider.

Abbildung 14: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2020 für verschiedene Indikationen



* pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, mindestens einen Monat Beiträge mit versicherungspflichtiger Beschäftigung
** Beiträge z. B. aus Arbeitslosigkeit, langfristiger Arbeitsunfähigkeit oder ohne Beiträge
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2016–2023

Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf

Eine Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zielt darauf ab, eine vorzeitige Berentung der Versicherten zu vermeiden oder hinauszuschieben – sie will die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst auf Dauer erhalten. Als Indikator für die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird der sozialmedizinische Verlauf im Anschluss an eine Rehabilitationsleistung nachgezeichnet.

Er wird für pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erstellt. Als pflichtversichert gelten neben Beschäftigten auch Beziehende von Arbeitslosengeld I oder Krankengeld und z. B. pflegende Angehörige. Für sie wird der individuelle Verlauf betrachtet. Sie können in den zwei Jahren nach der Rehabilitation entweder in das Erwerbsleben zurückkehren oder aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Als in das Erwerbsleben zurückgekehrt gelten zwei Gruppen von Versicherten: Diejenigen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen und diejenigen, die erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung sind, d. h., die dem Arbeitsmarkt zwar prinzipiell zur Verfügung stehen, aber beispielsweise arbeitslos gemeldet oder längerfristig arbeitsunfähig sind. Als aus dem Erwerbsleben ausgeschieden gelten Versicherte, die wegen geminderter Erwerbsfähigkeit oder aus Altersgründen eine Rente erhalten, und solche, die aus dem Erwerbsleben heraus versterben.

Grundlage für die Analysen ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die das Rehabilitations- und Berentungsgeschehen im Zeitverlauf wiedergibt (siehe „Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 93).

Sozialmedizinscher Verlauf – detaillierte Betrachtung

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung kann der sozialmedizinische Verlauf noch detaillierter nachgezeichnet werden. Als Erweiterung der zuvor genannten Analysen, die den Verbleib im Erwerbsleben untersuchen, kann hier die genaue Anzahl an sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstagen im 1. und im 2. Jahr nach medizinischer Reha dargestellt werden. Ebenso wie bei der Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (siehe Info-Box: „Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“) erfolgt dabei eine Adjustierung um vorbestehende Merkmale, die einen Einfluss auf die Beschäftigungstage haben, aber nicht von der Fachabteilung beeinflussbar sind. Dies ist die Grundlagen für einen fairen Vergleich zwischen indikationsähnlichen Fachabteilungen.

Nach Umsetzung der Ergebnisse aus dem Projekt „Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs“ und Anpassung an die QS-Routine der DRV konnten den Reha-Fachabteilungen seit 2022 kontinuierlich ihre Ergebnisse zum sozialmedizinischen Verlauf im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation zurückgemeldet werden.

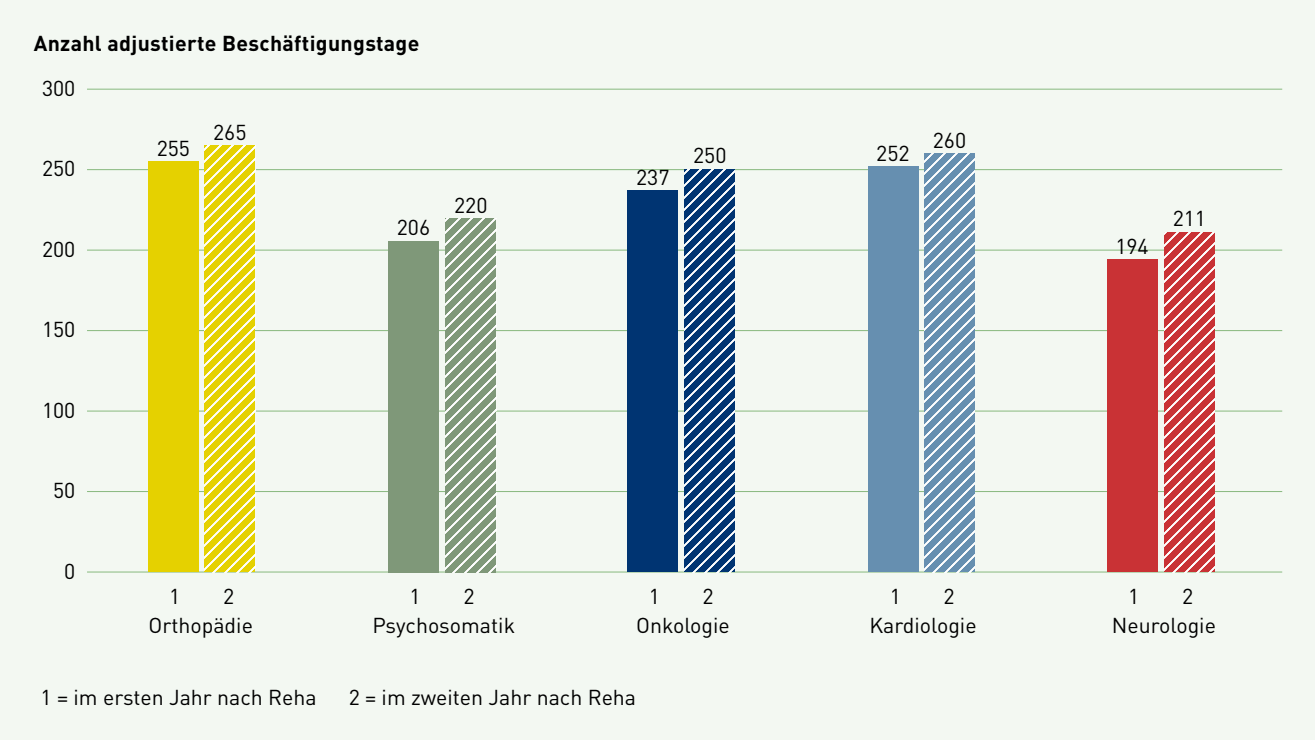
Kurz erklärt: Adjustierung und Operationalisierung

Der sozialmedizinische Verlauf in der Qualitätssicherung ist ein Instrument, das dazu dient, den langfristigen Erfolg medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen zu messen und zu bewerten (Ergebnisqualität). Bei der Bewertung werden vielfältige Einflussfaktoren einbezogen, um die individuellen Merkmale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden angemessen zu berücksichtigen. Dies trägt dazu bei, Unterschiede in den Qualitätsergebnissen der einzelnen Reha-Fachabteilungen, die durch Faktoren außerhalb der Verantwortung der jeweiligen Reha-Fachabteilung bedingt sind, mathematisch zu kompensieren. So wird eine faire Bewertung der Rehabilitationsergebnisse und ein Vergleich zwischen Fachabteilungen einer Indikation gewährleistet.

Als Operationalisierung (Messbarmachung) des Erwerbsstatus dienen die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Reha. Der Wertebereich der Zielgröße ist auf den Bereich zwischen 0 und 365 Tagen begrenzt. Eine Unterscheidung in Voll- und Teilzeitarbeit erfolgt nicht.

In Abbildung 15 auf Seite 69 werden die Ergebnisse des sozialmedizinischen Verlaufs anhand der gemittelten, adjustierten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage beispielhaft in Indikationsgruppen dargestellt. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein hoher Anteil an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der dargestellten Indikationen im 1. und 2. Jahr nach einer medizinischen Rehabilitation erwerbstätig waren. Weiterhin lässt sich in den ausgewerteten Reha-Fachabteilungen eine Zunahme der adjustierten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage im zweiten Jahr nach medizinischer Rehabilitation beobachten. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der kardiologischen Reha-Fachabteilungen waren zum Beispiel im 1. Jahr nach medizinischer Rehabilitation im Durchschnitt 252 Tage sozialversicherungspflichtig beschäftigt und im 2. Jahr rund 260 Tage. In der orthopädischen Indikation lagen die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage mit 255 Tagen im 1. und 265 Tagen im 2. Jahr nach medizinischer Reha etwas höher. Die neurologischen Vergleichsgruppe verzeichnet in beiden Jahren nach medizinischer Rehabilitation die geringste Anzahl an Beschäftigungstagen allerdings mit positiver Tendenz im zweiten Jahr. Das spiegelt möglicherweise die komplexeren Genesungsverläufe und den höheren Unterstützungsbedarf wider, unterstreicht jedoch gleichzeitig die Bedeutung individueller Reha-Konzepte in diesem Bereich.

Abbildung 15: Adjustierte Beschäftigungstage im 1. und im 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation in 2021 für verschiedene Indikationen



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2021

Medizinische Rehabilitation: **Reha-Einrichtungen**

Die Rentenversicherung arbeitet bei der medizinischen Rehabilitation ihrer Versicherten mit einer Vielzahl von stationären und ambulanten medizinischen Reha-Einrichtungen zusammen. Grundlage der Zusammenarbeit mit den Vertragseinrichtungen ist deren Zulassung durch einen Rentenversicherungsträger. Hierfür müssen die Reha-Einrichtungen nachweisen, dass sie in qualitativer Hinsicht die Anforderungen der Rentenversicherung an eine ganzheitliche und interdisziplinär ausgerichtete Rehabilitation erfüllen.

Knapp 1.100 stationäre Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes: In 2023 gab es demnach 1.079 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Eine weitere Unterteilung in Vorsorge-Einrichtungen, die überwiegend präventive Angebote vorhalten und nicht von der Rentenversicherung belegt werden, und Rehabilitationseinrichtungen vollzieht das Statistische Bundesamt jedoch nicht.

Anzahl stationärer und ganztägig ambulanter Reha-Fachabteilungen

Medizinische Reha-Einrichtungen haben häufig nicht nur einen Behandlungsschwerpunkt wie beispielsweise für Kardiologie, sondern verfügen über verschiedene Fachabteilungen wie Kardiologie und Orthopädie. Weiterhin lässt sich noch unterscheiden, ob die erbrachten Rehabilitationsleistungen grundsätzlich stationär oder ganztägig ambulant erbracht werden. In der stationären medizinischen Rehabilitation wurden im August 2025 (Quelle: QS-Reha-Einrichtungsdatenbank) insgesamt 2.170 stationäre Fachabteilungen von der Rentenversicherung belegt. Die Anzahl der Fachabteilungen, die eine ganztägig ambulante Rehabilitation anbieten und von der Rentenversicherung belegt wurden, beläuft sich auf 1.128.

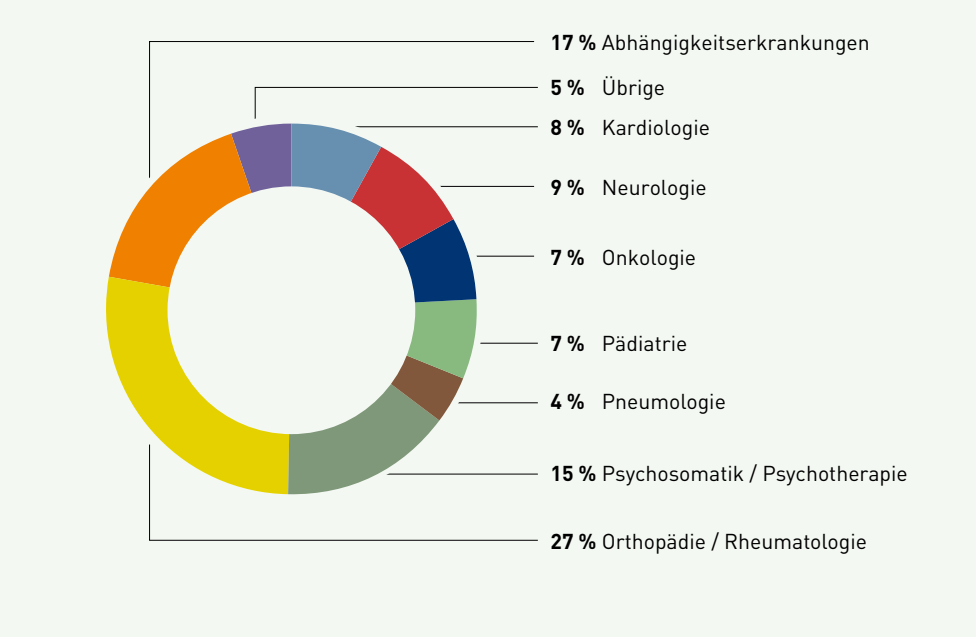
Qualitätssicherung mit 2.170 stationären Fachabteilungen

In Abbildung 16 auf Seite 71 wird der prozentuale Anteil der verschiedenen stationären Fachabteilungen nach Indikationsgebiet dargestellt. Medizinische Reha-Fachabteilungen für Orthopädie sowie für Abhängigkeitserkrankungen stellen dabei die größten Anteile. Bei der Interpretation müssen die Bettenanzahl der Einrichtung und die Behandlungsdauer in den jeweiligen Indikationen berücksichtigt werden: Auch bei einer vergleichbaren Anzahl Fachabteilungen können die erbrachten Reha-Leistungen zwischen den Indikationen deutlich variieren. So haben beispielsweise spezielle Fachabteilungen für medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen im Durchschnitt wesentlich weniger Betten als orthopädische Fachabteilungen; Leistungen der somatischen Rehabilitation dauern in der Regel nur drei bis vier Wochen, Leistungen der psychosomatischen Rehabilitation dagegen zwischen fünf und sechs Wochen, medizinische Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen wiederum können mehrere Monate dauern, siehe auch Tabelle 6 zur durchschnittlichen Behandlungsdauer auf Seite 46. Im Vergleich ist der Anteil onkologischer, kardiologischer und neurologischer Fachabteilungen (7 % bis 9 %) geringer. Die Fachabteilungen, die Kinder- und Jugendrehabilitationen (Pädiatrie) durchführen, machen inzwischen einen Anteil von 7 % aus. Fachabteilungen der Gastroenterologie, Inneren Medizin und Dermatologie wurden grafisch unter Übrige zusammengefasst. Ihr Anteil an den stationären medizinischen Fachabteilungen beträgt 5 %.

Abbildung 16: Indikationen stationärer Fachabteilungen in medizinischen Reha-Einrichtungen

Stationäre Fachabteilungen	Anzahl
Orthopädie / Rheumatologie	586
Psychosomatik / Psychotherapie	335
Onkologie	160
Kardiologie	184
Neurologie	191
Pneumologie	83
Abhängigkeitserkrankungen	369
Pädiatrie	143
Übrige*	119
Summe Fachabteilungen	**2.170**

* Gastroenterologie, Innere Medizin, Dermatologie



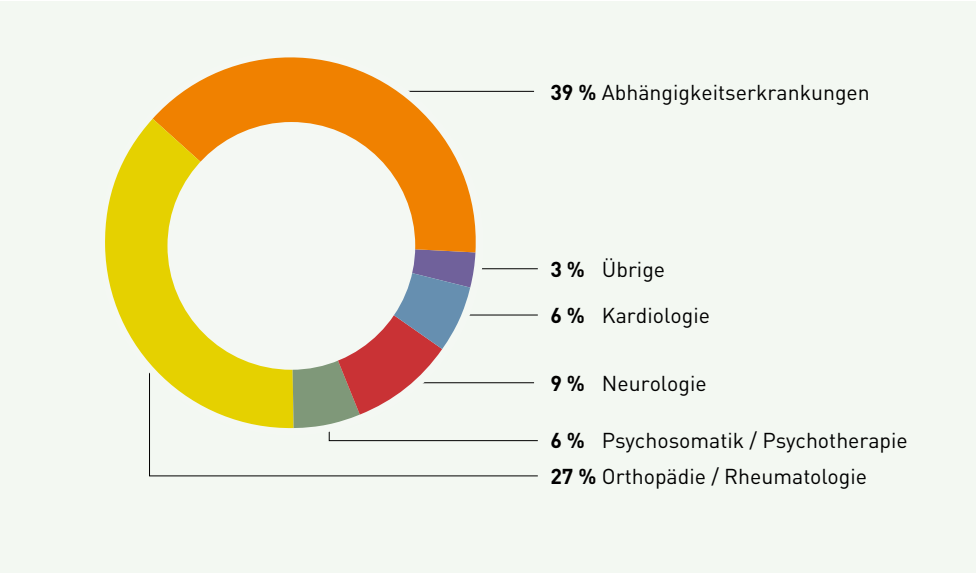
Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, QS-Reha-Einrichtungsdatenbank, August 2025

Die prozentuale Aufteilung der ambulanten medizinischen Reha-Fachabteilungen ist in Abbildung 17 auf Seite 72 ersichtlich. Dabei muss man beachten, dass im somatischen und psychosomatischen Indikationsspektrum Rehabilitationen ganztägig ambulant durchgeführt werden, während in den Abhängigkeitserkrankungen neben ganztägig auch berufsbegleitend ambulant Leistungen erbracht werden können. Die ambulanten medizinischen Fachabteilungen verteilen sich wie folgt: Orthopädie sowie Abhängigkeitserkrankungen machen wiederum mit 37 % und 39 % den größten Anteil aus. Der Anteil der Indikationen Kardiologie, Neurologie und Psychosomatik fällt geringer aus (4 % bis 9 %). Fachabteilungen der Inneren Medizin, der Onkologie, Pädiatrie sowie Pneumologie wurden grafisch unter Übrige zusammengefasst und machen einen Anteil von 3 % aus. In 2025 gab es keine ganztägig ambulanten Reha-Fachabteilungen in der Gastroenterologie und der Dermatologie, die von der Rentenversicherung belegt wurden.

Abbildung 17: Indikationen ambulanter Fachabteilungen in medizinischen Reha-Einrichtungen

Ambulante Fachabteilungen	Anzahl
Orthopädie / Rheumatologie	418
Psychosomatik / Psychotherapie	65
Kardiologie	67
Neurologie	104
Abhängigkeitserkrankungen	440
Übrige*	34
Summe Fachabteilungen	**1.128**

* Innere Medizin, Onkologie, Pädiatrie, Pneumologie



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, QS-Reha-Einrichtungsdatenbank, August 2025

Berufliche Rehabilitation: **Umfang und Struktur**

Die berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung zielt ebenso wie medizinische Reha-Leistungen auf eine dauerhafte Eingliederung von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen in das Erwerbsleben. Das Spektrum dieser Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Rentenversicherung ist breit gefächert, siehe „Kurz erklärt: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)“ auf Seite 74. Auch für die berufliche Rehabilitation stellt die Routinestatistik der Rentenversicherung Informationen zu Anzahl, Art und Verteilung der Reha-Leistungen zur Verfügung, siehe auch Box „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 35.

Kurz erklärt: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen alle Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu bessern, wiederherzustellen und ihnen eine berufliche Wiedereingliederung auf Dauer zu ermöglichen. Die Erhaltung eines bestehenden Arbeitsplatzes hat dabei Vorrang.

- → Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes inkl. Kraftfahrzeughilfen, um trotz Behinderung/ Einschränkung den Arbeitsplatz erreichen zu können
- → Berufsvorbereitung einschließlich der wegen der Behinderung eventuell notwendigen Grundausbildung
- → Berufliche Bildung: Ausbildung (i. d. R. keine Leistung der Rentenversicherung), berufliche Anpassung, spezifische Qualifizierung und Weiterbildung wie z. B. Umschulungen
- → Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit
- → Eingliederungszuschüsse an Betriebe und Unternehmen
- → Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen

Über 70 % der Anträge bewilligt

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen für LTA

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation, das heißt bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2024 reichten die Versicherten 333.130 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein, wie in Tabelle 8 auf Seite 75 zu sehen ist. Zu beachten ist, dass Versicherte auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen können. Über 236.000 der erledigten Anträge (70,8 %) wurden bewilligt, ein gutes Fünftel wurde (20,5 %) abgelehnt und knapp ein Zehntel der Anträge (8,7 %) anderweitig erledigt und beispielsweise an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zum Großteil in 63,8 % der Fälle aus medizinischen Gründen. Bei den restlichen Anträgen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 4,2 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

Unschärfen ergeben sich bei statistischen Betrachtungen eines Kalenderjahres durch wechselnde Bezugsgrößen: Beispielsweise werden Anträge eines Jahres nicht immer im gleichen Jahr erledigt. Manchmal vergeht nach einer Beantragung eine gewisse Zeit, bis eine Leistung abgeschlossen wird, beispielsweise dauern berufliche Bildungsleistungen bis zu zwei Jahre.

Über 333.000 Anträge auf LTA

Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Anzahl der gestellten Anträge in 2024 fast konstant – mit einem leichten Plus von 0,1 %. Die Anzahl der Bewilligungen stieg um 2,7 % und die Anzahl der durchgeführten Leistungen um 0,3 %. Wie in Tabelle 8 auf Seite 75 zu sehen ist, wurden in 2024 über 236.000 Anträge bewilligt und über 118.000 Leistungen abgeschlossen.

Tabelle 8: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2023 und 2024

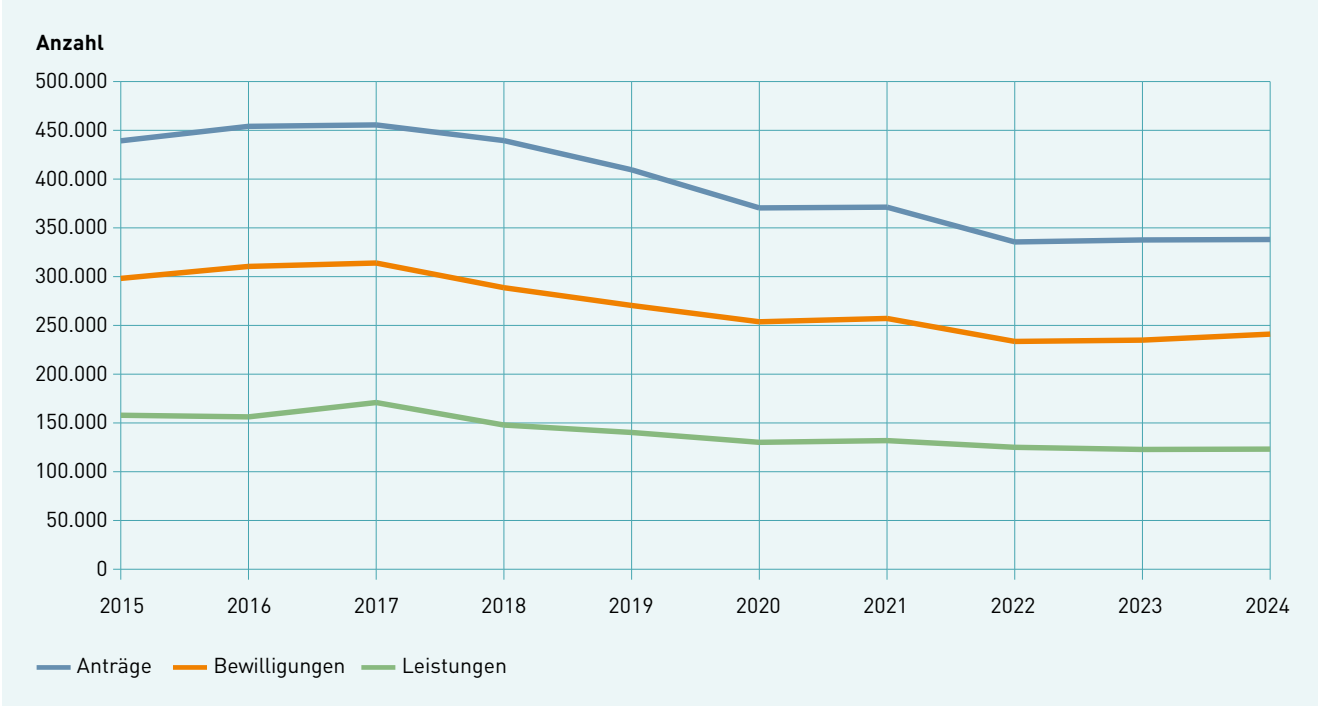
Jahr	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2023	332.670	229.970	117.873
2024	333.130	236.130	118.220
Veränderung von 2023 zu 2024 in Prozent	+ 0,1 %	+ 2,7 %	+ 0,3 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2025

Zeitliche Entwicklung

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (siehe Tabelle 1 auf Seite 35) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt, wie Abbildung 18 im Zeitverlauf zeigt. Seit 2017 wird ein schrittweiser Rückgang beobachtet: Anträge und Bewilligungen, aber auch abgeschlossene Leistungen reduzierten sich deutlicher. Ein Grund für den seit 2017 kontinuierlich zu beobachtenden Trend zum Rückgang der Zahlen ist ein Beschluss, einzelne Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes aus den regelhaft bewilligten technischen Arbeitshilfen zur Berufsausübung herauszunehmen. Begründet wurde die Entscheidung damit, dass die Beschaffung von beispielsweise höhenverstellbaren Schreibtischen und orthopädischen Bürostühlen zu den Pflichten des Arbeitgebers nach dem Arbeitsschutzrecht (ArbSchG) gehöre. Weitere Gründe für die Abnahme liegen in der Erholung des Arbeitsmarktes, so dass Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch ohne LTA einen Arbeitsplatz finden, die besonders häufig LTA in Anspruch nehmen. Da die genannten Gründe simultan auftreten und sich zum Teil überlagern, lässt sich jedoch nicht sagen, welche Ursache in welchem Ausmaß die Zahlen zur Beantragung und Inanspruchnahme von LTA beeinflusst hat.

Abbildung 18: Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2015–2024



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2025

Doppelt so viele Männer nutzen LTA

Zwischen den Geschlechtern gibt es einen Unterschied in der Anzahl abgeschlossener Leistungen wie Spektrum der Leistungen zeigt: von den knapp 120.000 in 2024 abgeschlossenen Leistungen werden rund 40.000 von Frauen in Anspruch genommen. Somit entfällt ein Drittel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (33 %) in 2024 auf Frauen. Die Inanspruchnahme in der beruflichen Rehabilitation bleibt wie auch in den Vorjahren zu Gunsten der Männer verschoben. Mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen nutzen die Angebote der Rentenversicherung zur beruflichen Rehabilitation. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichter Zuwachs der gestellten LTA-Anträge (118.220) zu beobachten. Während bei den Frauen (39.337) wieder minimal mehr Anträge gestellt wurden, gingen bei den Männern (78.883) die Zahlen in 2024 erneut leicht zurück.

Tabelle 9: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2020–2025

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
2020	125.187	84.928	40.259
2021	126.953	85.671	41.282
2022	120.078	80.018	40.060
2023	117.873	79.099	38.774
2024	118.220	78.883	39.337

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers" erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2021–2025

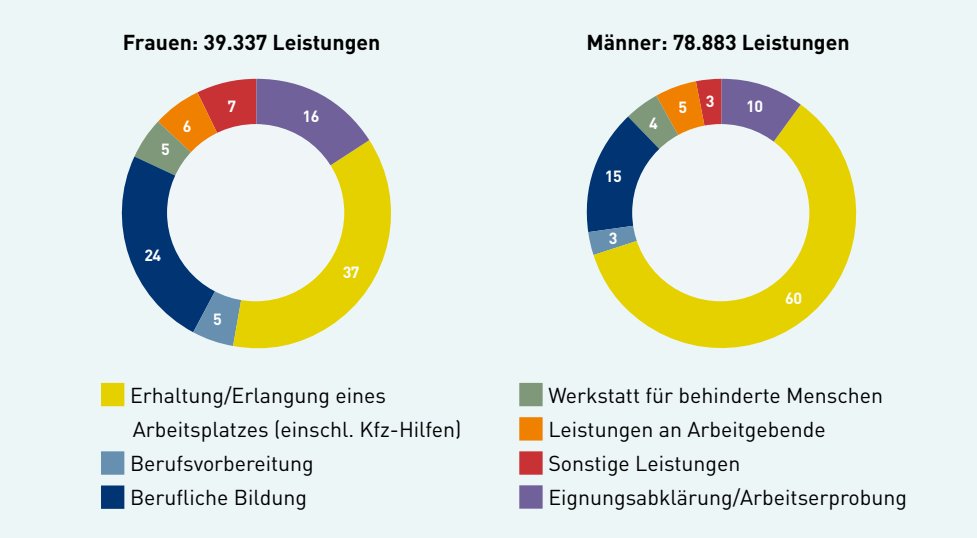
Spektrum der Leistungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen ganz unterschiedliche Leistungen, mit denen die Rentenversicherung individuell und flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Versicherten und ihrer Arbeitgeber reagiert, siehe Abbildung 19 auf Seite 78, die das Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern im Jahr 2024 bei den abgeschlossenen Leistungen darstellt.

Ein Viertel der Frauen nutzt berufliche Bildung

Die Verteilung der verschiedenen LTA differiert bei Frauen und Männern in 2024 geringfügig: Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes – hierzu gehören beispielsweise Hilfen zur Berufsausübung wie technische Arbeitshilfen, Kraftfahrzeughilfen wie behindertengerechte Zusatzausstattung des Kfz und Mobilitätshilfen wie Umzugskostenbeihilfe bei einer auswärtigen Arbeitsaufnahme – stellten bei Frauen mit 37 % und Männern mit 60 % den größten Leistungsbereich dar. Es folgen die Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen rund ein Viertel (24 %) der in Anspruch genommenen Leistungen ausmachten und bei Männern 15 %. Hierbei standen vor allem Weiterbildungen wie Umschulungen und Fortbildungen sowie die berufliche Anpassung im Vordergrund.

Abbildung 19: Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2024 – abgeschlossene Leistungen



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers" erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2024

Unterstützung für Unternehmen

Etwa gleich für Männer und Frauen sind die relativen Anteile von Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen: (Frauen: 5 % und Männer: 4 %), zur Berufsvorbereitung (Frauen: 5 %, Männer: 3 %), zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (Frauen: 16 %, Männer: 10 %) sowie Leistungen an die Arbeitgebenden (7 % bei Frauen, 5 % bei Männern). Bei den Leistungen an die Arbeitgebenden sind zwar die Betriebe und Unternehmen die Begünstigten, beantragt werden sie jedoch von den Versicherten. Diese Leistungen unterstützen Arbeitgebende darin, Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Personen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

Berufliche Bildung – Spektrum der Indikationen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind sehr vielfältig. Sie reichen von finanziellen Zuschüssen bis hin zur beruflichen Umschulung, die mehrere Jahre dauern kann. Die folgende Darstellung konzentriert sich auf berufliche Bildungsleistungen, die aufgrund der langen Dauer sehr kostenintensiv sind.

Berufliche Bildung
Durchgeführt werden die beruflichen Bildungsleistungen von Berufsförderungswerken, privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen und Betrieben. Die beruflichen Bildungsleistungen der Rentenversicherung lassen sich im Wesentlichen in drei Leistungsarten unterteilen:

Berufliche Weiterbildung
Bei den Leistungen zur beruflichen Weiterbildung wird zwischen Fortbildung und Umschulung unterschieden. Die berufliche Fortbildung zielt auf eine Weiterqualifizierung im bisherigen Beruf ab. Eine Umschulung hat dagegen den Übergang in eine andere geeignete berufliche Tätigkeit zum Ziel und sollte mit einer formalen Qualifikation (z. B. Prüfung vor der Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer) abgeschlossen werden. Für die berufliche Erstausbildung ist in der Regel die Bundesagentur für Arbeit zuständig.

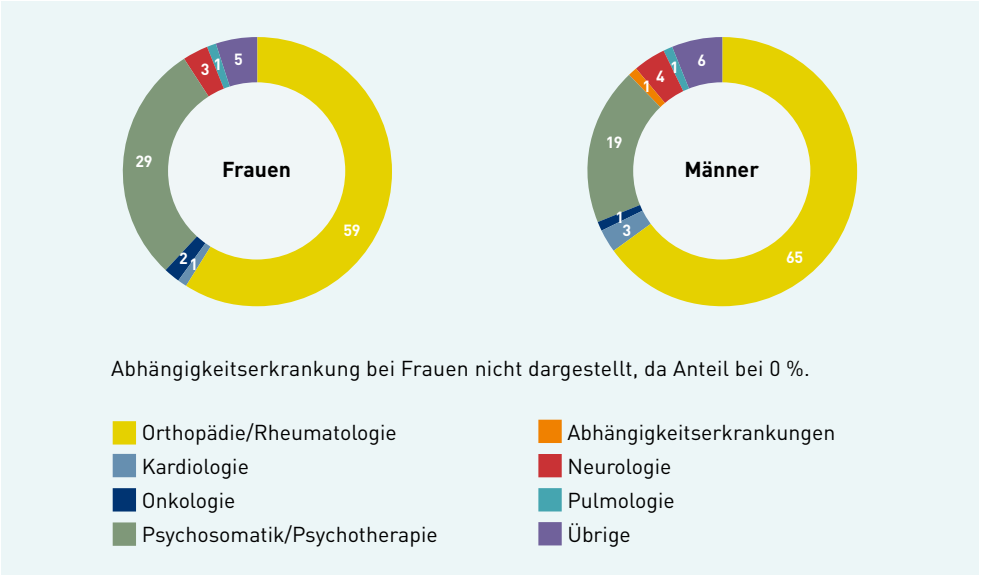
Leistungen zur Anpassung bzw. Integration
Integrationsleistungen sind darauf ausgerichtet, berufliches Wissen zu erweitern oder wiederzuerlangen. Überwiegend werden sie im Rahmen von Praktika durchgeführt und dauern je nach individuellem Bedarf etwa sechs bis neun Monate. Sie können auch auf eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung folgen, wenn die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden trotz Vermittlungsbemühungen arbeitssuchend bleiben und die Bildungsleistung die Chancen auf eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit und Beruf verbessert.

Qualifizierungsleistungen
Bei Qualifizierungsleistungen handelt es um etwa einjährige Teilausbildungen ohne Abschluss bei einer Kammer.

21.155 Bildungsleistungen in 2024

Vor allem zwei Indikationsgruppen führten zu beruflichen Bildungsleistungen wie in Abbildung 20 auf Seite 80 deutlich wird. 59 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und 65 % bei Männern gingen zurück auf orthopädische und rheumatische Erkrankungen. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung waren die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Knapp ein Drittel (29 %) ihrer Bildungsleistungen erfolgte 2024 aufgrund psychischer Erkrankungen, bei Männern waren das mit 19 % deutlich weniger. Neurologische Erkrankungen spielten eine deutlich geringere Rolle: Aufgrund dieser Indikation wurden 3 % der Leistungen bei Frauen und 4 % der Leistungen bei Männern durchgeführt. Das traf auch auf kardiologische Erkrankungen zu (Frauen 1 %, Männer 3 %).

Abbildung 20: Spektrum der Indikationen bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2024 – abgeschlossene Leistungen

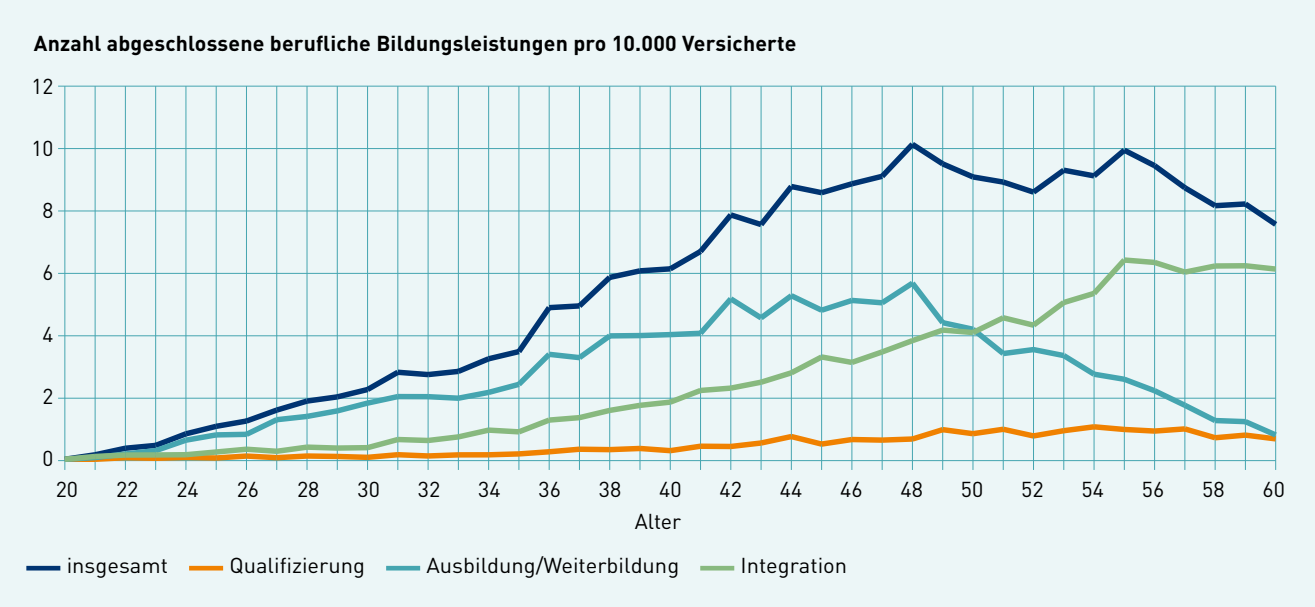


Ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist.
Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers" erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2024

Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nahmen, waren mit Blick auf die zurückliegenden Jahre im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation, siehe zum Vergleich auf Seite 46. Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2024 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, lag bei 48,2 Jahren. Männer waren mit im Durchschnitt 47,8 Jahren etwas jünger. Werden alle LTA betrachtet, lag der Altersdurchschnitt höher als in der Teilgruppe der beruflichen Bildungsleistungen (Frauen: 49,2 Jahre; Männer: 50,3 Jahre).

Abbildung 21: Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2024



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2024, „Versicherte" 2023

Weiterbildungen meist im Alter von 42 bis 48 Jahren

Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt wie die medizinischen Reha-Leistungen mit dem Alter zusammen. In Abbildung 21 auf Seite 81 wird die Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Die altersspezifische Inanspruchnahme wird ermittelt, indem die Zahl der abgeschlossenen Rehabilitationen je 1.000 Versicherte für jedes Alter getrennt ermittelt wird. Je nach Leistungsart ergibt sich ein unterschiedlicher altersspezifischer Verlauf bei der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen. Bei Aus- und Weiterbildungen ist die Inanspruchnahme durch Versicherte im Alter von 42 bis 48 Jahren am größten. Leistungen zur Integration werden ab dem 50. Lebensjahr häufiger genutzt als Aus- und Weiterbildungen.

Berufliche Rehabilitation: **Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen**

„Kurz erklärt: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)" sind Angebote der beruflichen Rehabilitation und sollen die dauerhafte Wiedereingliederung von Versicherten mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen in das Erwerbsleben ermöglichen (siehe auch Info-Box auf Seite 74). Dazu gehören berufliche Bildungsleistungen, die u. a. in einer Umschulung bestehen können.

Wie im Bereich der medizinischen Rehabilitation erfolgt auch bei beruflichen Rehabilitationen eine externe Qualitätssicherung durch die Deutschen Rentenversicherung. Betrachtet werden dabei berufliche Bildungsleistungen. Mit dem Fokus auf die einrichtungsbasierte Auswertung wird unter anderem die Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie der Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen untersucht. Außerdem wird die Zufriedenheit mit der Maßnahme von den Teilnehmenden erfragt. Ab sofort wird auch die Prozessqualität im Rahmen der Leistungserbringung in der beruflichen Rehabilitation untersucht.

Berufliche Bildungsleistungen – Struktur der Teilnehmenden

In diesem Instrument der Reha-Qualitätssicherung wird unter anderem untersucht, welche Merkmale die Versicherten aufweisen, die entsprechende Leistungen im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung absolvieren, welche Leistungen erbracht und wie diese abgeschlossen wurden.

Kurz erklärt: Struktur der Teilnehmenden und Abschluss

Die Struktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beruflicher Bildungsleistungen wird jährlich analysiert. Datengrundlage sind Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung, die auf den Anträgen auf berufliche Bildungsleistungen sowie auf den Bescheiden bzw. Mitteilungen der Rentenversicherungsträger basieren. Eingeschlossen werden Berufsvorbereitungsleistungen, Leistungen zur beruflichen Bildung, Leistungen zur Rehabilitation psychisch Kranker sowie Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich. Diese Leistungen werden in die Analyse eingeschlossen, sofern sie in Berufsförderungswerken, vergleichbaren Bildungseinrichtungen nach § 51 SGB IX, Beruflichen Trainingszentren und Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden.

Die Analyseergebnisse werden den Leistungserbringern und Rentenversicherungsträgern in Form einrichtungsvergleichender QS-Berichte zur Verfügung gestellt. Um einen Bericht zu erhalten, müssen mindestens 12 Leistungen pro Jahr vorliegen.

Die Auswertung bezieht sich auf die im Jahr 2022 abgeschlossenen beruflichen Bildungsleistungen. In 245 Einrichtungen wurden insgesamt 19.725 Leistungen erbracht. In Tabelle 10 auf Seite 90 ist dargestellt um welche Leistungsarten es sich handelt. Dabei haben Integrationsmaßnahmen und Qualifizierungen mit jeweils über 30 % die größten Anteile, gefolgt von vorbereitenden Maßnahmen. Insgesamt entfielen 11.549 Leistungen auf Männer und 8.176 Leistungen auf Frauen. Die Verteilung der Geschlechter auf die verschiedenen Leistungsarten ist ähnlich mit Ausnahme der Rehabilitation psychisch Kranker. Hier ist der Anteil der Frauen mit 10,6 % höher als bei den Männern mit 6,7 %.

Tabelle 10: Leistungsarten beruflicher Bildungsleistungen in 2022 insgesamt und nach Geschlecht

	Gesamt	Frauen	Männer
Reha-Vorbereitung	17,1 %	16,0 %	17,9 %
Qualifizierung	32,3 %	31,4 %	33,0 %
Integrationsmaßnahmen	34,5 %	35,3 %	34,0 %
Rehabilitation psychisch Kranker	8,3 %	10,6 %	6,7 %
Leistungen im Eingangsverfahren / Berufsbildungsbereich	7,5 %	6,4 %	8,2 %
Sonstige Leistungen	0,3 %	0,2 %	0,4 %

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2022

Die Dauer der Leistungen unterscheidet sich erwartungsgemäß stark zwischen den Maßnahmearten. Am schnellsten werden Reha-Vorbereitungsmaßnahmen mit durchschnittlich 94 Tagen Dauer abgeschlossen. Die längste Dauer weisen die Qualifizierungen mit einem Mittelwert von 519 Tagen Dauer (entspricht rd. 17 Monaten) auf. Bei etwa 17 % der Leistungen werden die Teilnehmenden am Schulungsort untergebracht (Internat o. ä.).

Der größte Anteil (49 %) der 19.725 erbrachten Leistungen wurde in Berufsförderungswerken erbracht. In anderen Bildungseinrichtungen nach § 51 SGB IX fanden 37 % der Leistungen statt. In beruflichen Trainingszentren und Werkstätten für behinderte Menschen waren es jeweils 7 %.

Berufliche Bildungsleistungen: Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

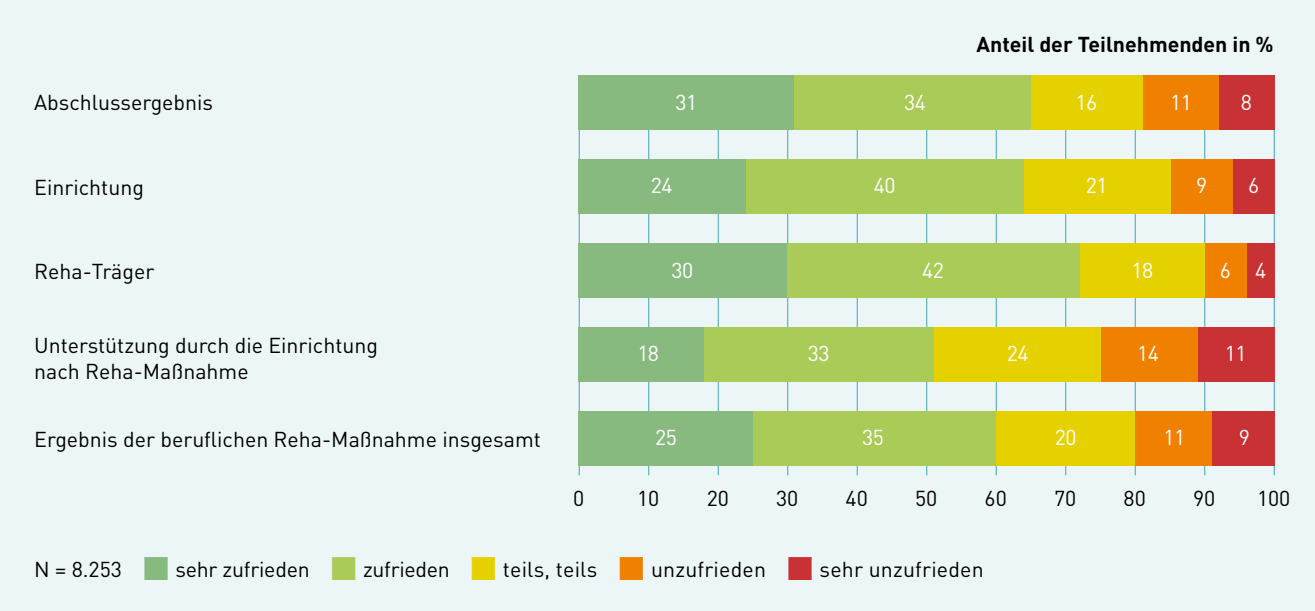
Der Bewertung der Qualität der beruflichen Bildungsleistung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wird in Form der Teilnehmendenbefragung erfasst.

Kurz erklärt: Teilnehmendenbefragung

Seit 2006 erhalten alle Teilnehmenden ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation einen Fragebogen zu ihrer beruflichen Bildungsleistung. Die freiwillige postalische Befragung bezieht sich auf den Verlauf der Bildungsleistung und erfragt beispielsweise die individuelle Förderung während der Maßnahme. Ebenso bewerten die Teilnehmenden das Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung, dazu gehören u. a. ein erfolgreicher Abschluss und die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Ende der Rehabilitation. Die Bewertung erfolgt auf einer Skala von 1 für „sehr zufrieden" bis 5 für „sehr unzufrieden". Jede Bildungseinrichtung, aus der mindestens zwölf Absolvierende den Fragebogen ausgefüllt haben, erhält einen vergleichenden Bericht zur Qualitätssicherung. Darin werden die Ergebnisse der jeweiligen Einrichtung abgebildet und denen anderer Bildungseinrichtungen gegenübergestellt.
Neben den Versicherten der Deutschen Rentenversicherung nehmen auch die Versicherten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung an der Befragung teil.

In die Auswertung der Teilnehmendenbefragung gehen die Angaben von 8.253 Versicherten ein, die im Jahr 2022 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen und den Fragebogen beantwortet haben. Den Auswertungen zufolge ist 2022 der überwiegende Teil der Befragten (72 %) mit dem Reha-Träger zufrieden oder sehr zufrieden wie in Abbildung 22 auf Seite 85 zu sehen ist. Ebenfalls gut bewertet werden das Abschlussergebnis der Rehabilitation (65 %) und die Bildungseinrichtung (64 %). Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (60 %) sind mit dem Ergebnis der beruflichen Reha-Maßnahme insgesamt sehr zufrieden bzw. zufrieden (25 % und 35 %).

Abbildung 22: Allgemeine Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der beruflichen Bildungsleistung



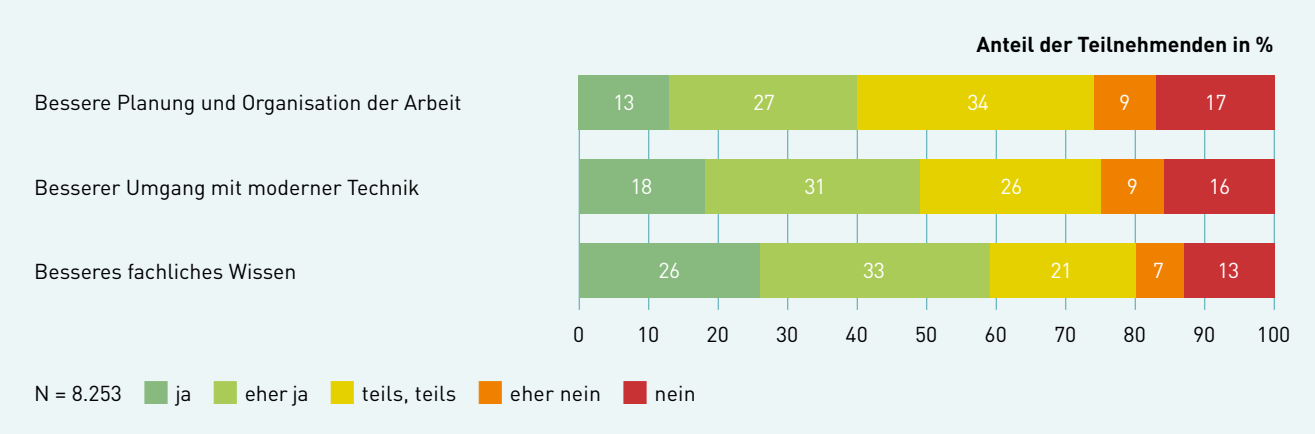
Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmer*innenbefragung, Abschlusszeitraum 2022

Der Fragebogen thematisiert auch die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nach der Rehabilitation. Etwa zwei Drittel (65 %) der Befragten geben zum Zeitpunkt der Befragung an, nach Ende der Bildungsleistung eine Beschäftigung aufgenommen zu haben (ohne Abbildung).

Bei etwa 63 % der aufgenommenen Beschäftigungen handelt es sich um ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Ungefähr drei Viertel der Berufstätigen bewerten die Bildungsleistung als notwendige Voraussetzung (38 %) bzw. als wichtige Hilfe zur Erlangung des Arbeitsplatzes (38 %, ohne Abbildung). Wenn zum Befragungszeitpunkt noch keine Wiedereingliederung erfolgt war, werden als wesentliche Gründe ein verschlechterter Gesundheitszustand (53 %), eine schlechtere regionale Arbeitsmarktlage (38 %) sowie mangelnde Unterstützung bei der Stellensuche angegeben (31 %, ohne Abbildung).

Die Einschätzung der Ergebnisse der Beruflichen Bildungsleitung findet sich in Abbildung 23 auf Seite 86. Insgesamt 59 % der Befragten antworteten, dass sich ihr fachliches Wissen durch die berufliche Reha-Maßnahme gebessert habe (Antwortmöglichkeit „ja“ oder „eher ja“). Einen besseren Umgang mit moderner Technik erlernten 49 % der Teilnehmenden; 40 % gaben an, ihre Arbeit nun besser planen und organisieren zu können.

Abbildung 23: Einschätzung der Ergebnisse der beruflichen Bildungsleistung durch die Teilnehmenden

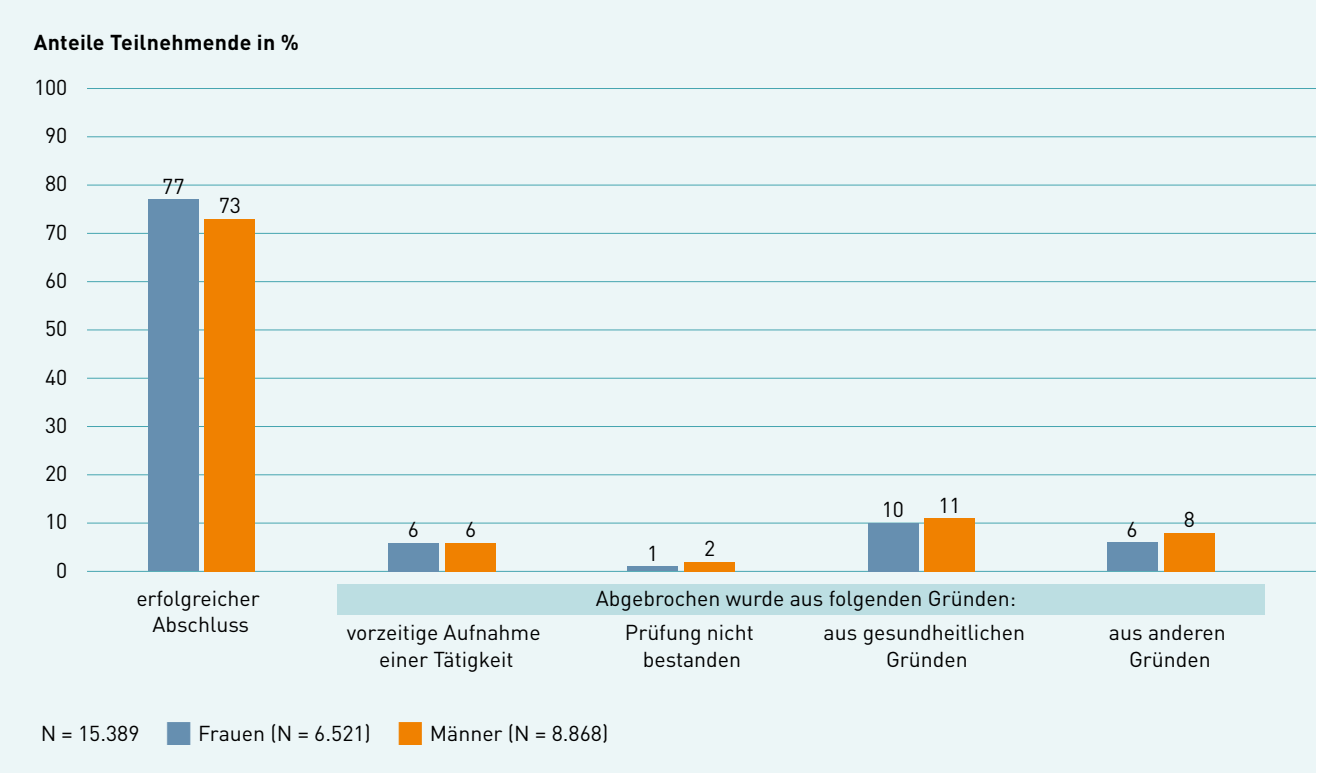


Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmer*innenbefragung, Abschlusszeitraum 2022

Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

Berufliche Bildungsleistungen haben die (Wieder-)Herstellung der Teilhabe am Erwerbsleben zum Ziel. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der erfolgreiche Abschluss der Rehabilitationsleistung. Das Ergebnis der absolvierten Bildungsleistung lässt sich mit Routinedaten (siehe „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 35) der Rentenversicherung abbilden. Etwa drei Viertel der Teilnehmerinnen (77 %) und Teilnehmer (73 %) schlossen ihre berufliche Bildungsleistung danach im Jahr 2024 erfolgreich ab wie Abbildung 24 auf Seite 87 zeigt. 28 % erreichten einen staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jede/r Vierte brach die Bildungsleistung ab. Ein Abbruch geschah meist aus gesundheitlichen Gründen, aber auch wegen Aufnahme einer Beschäftigung.

Abbildung 24: Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2024 nach Geschlecht



Soweit Informationen über Abschluss vorhanden
Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers" erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2024

Status nach beruflichen Bildungsleistungen

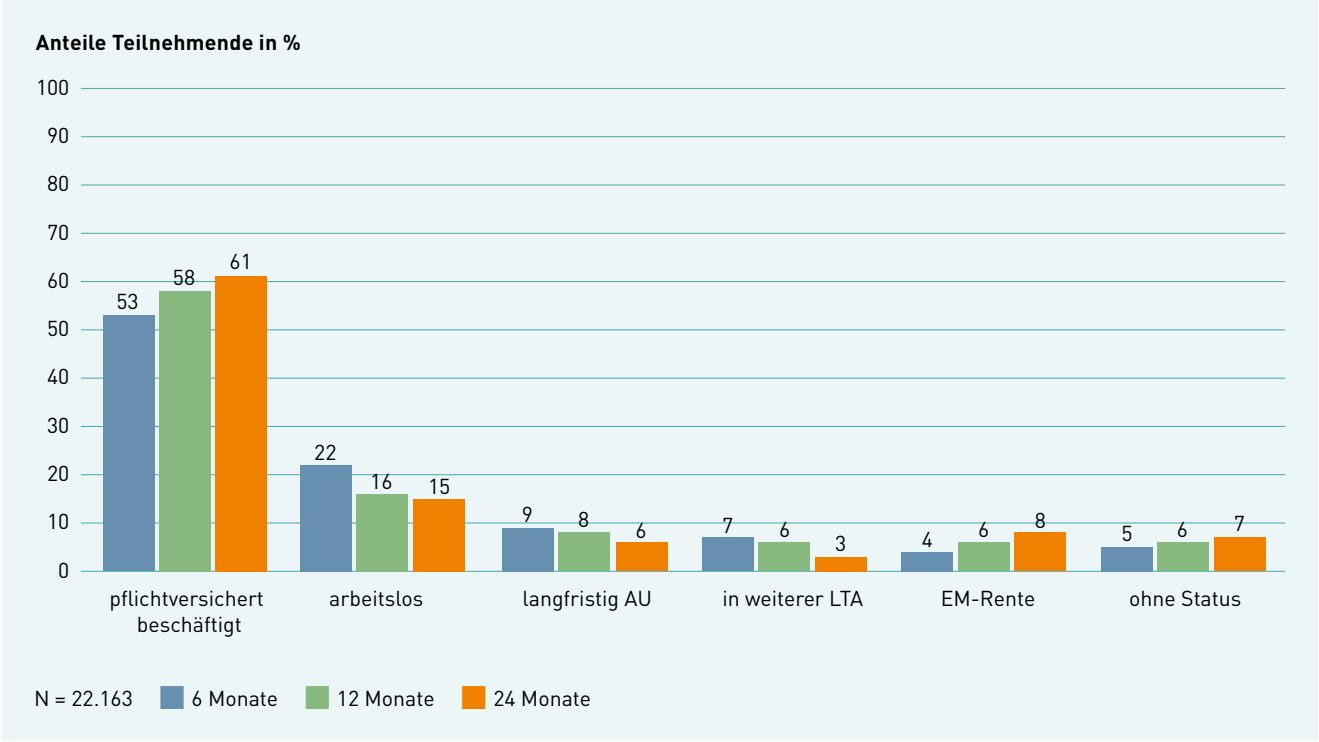
Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich aus Sicht der Rentenversicherung wesentlich an dem Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, der anschließend (dauerhaft) sozialversicherungspflichtig erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine objektive Betrachtung im Zeitverlauf. Nachfolgend wird ein Zeitfenster von bis zu zwei Jahren nach Abschluss der im Jahr 2021 beendeten Bildungsleistungen ausgewertet.

61 % zwei Jahre nach Reha erwerbstätig

Wie Abbildung 25 auf Seite 88 zeigt, nimmt die berufliche Wiedereingliederung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Verlauf der folgenden zwei Jahre kontinuierlich zu: Sind sechs Monate nach Ende der Bildungsleistung 53 % der Teilnehmenden sozialversicherungspflichtig beschäftigt, liegt dieser Anteil nach zwei Jahren bei 61 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 22 % auf 15 %. Der Anteil der langfristig arbeitsunfähigen Personen („langfristig AU") nimmt im Nachbetrachtungszeitraum von 9 % nach sechs Monaten auf 6 % nach zwei Jahren ab. Parallel dazu steigt der Anteil derjenigen, die eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) erhalten von 4 % nach sechs Monaten auf 8 % nach zwei Jahren.

Etwa 7 % der Personen nehmen sechs Monate nach Abschluss der Leistung an einer weiteren LTA-Maßnahme teil. Der Anteil sinkt nach zwei Jahren auf 3 %. Für 5 bis 7 % der Versicherten liegen keine Angaben zum Status vor, zum Beispiel weil sie als Selbständige keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zahlen.

Abbildung 25: Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2021



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2016-2023

Wiedereingliederung ohne Unterschied bei Geschlecht

Frauen und Männer unterscheiden sich kaum hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung: Im 24. Monat nach der Bildungsleistung sind Männer und Frauen gleich häufig pflichtversichert beschäftigt bei 61 %. Unterschiede finden sich bei der Nicht-Beschäftigung: Männer sind etwas häufiger arbeitslos (Männer 16 %, Frauen 13 %). Der Anteil an EM-Renten liegt bei Frauen bei 9 % und bei Männern bei 8 % (ohne Abbildung). Zu beachten ist, dass eine Wiedereingliederung von verschiedenen Faktoren abhängt, wie von der regionalen Arbeitsmarktlage, dem Alter und dem Gesundheitsstatus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Aufwendungen für Rehabilitation

Die in den vorhergehenden Abschnitten beschriebenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) haben selbstverständlich ihren Preis.

Rund 8,31 Mrd. Euro für Rehabilitation in 2024

Aufwendungen in 2024

2024 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 8,314 Mrd. Euro für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen) wie Tabelle 11 auf Seite 90 darlegt.

Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen, zu denen Übergangsgelder und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zählen, siehe Tabelle 11 auf Seite 90. Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation entfielen rund 1,245 Mrd. Euro brutto auf Übergangsgelder. Sie fallen zum Beispiel an, wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgrund länger dauernder Leistungen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (mehr) haben. Umgekehrt leisteten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation 2024 insgesamt 81 Mio. Euro Zuzahlungen, das waren im Durchschnitt 77 Euro pro Reha-Leistung.

Tabelle 11: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2020–2024

	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt*	Medizinische und sonstige Leistungen	Übergangs-geld für med. und sonstige Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Übergangsgelder bei LTA	Sozialversiche-rungsbeiträge
2020**	7.031,5	4.255,1	665,1	809,1	427,9	377,1
2021**	7.112,4	4.540,7	714,7	800,0	429,5	403,2
2022**	6.963,2	4.700,7	737,5	820,3	416,3	395,6
2023**	7.641,1	5.241,2	797,4	801,7	402,7	420,1
2024	8.314,6	5.832,7	832,4	839,9	412,7	445,7

Bruttoaufwendungen, d. h. Reha-Ausgaben zzgl. Erstattungen
** Zuschüsse nach Sozialschutz-Paket, Zahlen gerundet (SodEG; 2020: 500 Mio. €, 2021: 290 Mio. €, 2022: 69 Mio. €)
Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2025

Den Ausgaben für die Rehabilitation stehe Einnahmen, beispielsweise aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüber. Somit fielen in 2024 Nettoaufwendungen in Höhe von rund 8,134 Mrd. Euro. Damit blieb die Rentenversicherung in 2024 im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist. Die Höhe des Budgets für Reha-Leistungen wurde für 2024 auf 8,176 Mrd. Euro festgelegt.

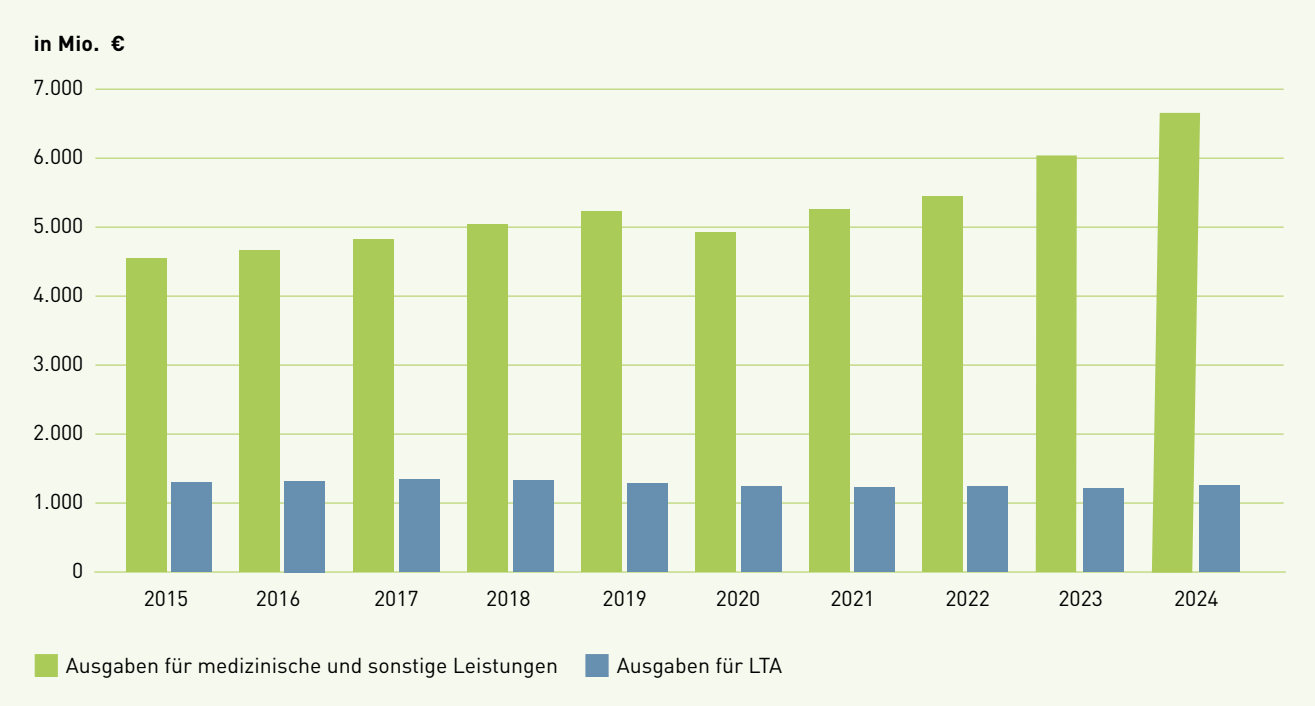
Inanspruchnahme abhängig von wirtschaftlicher Situation

Entwicklung der Aufwendungen

Einen Einblick in die Entwicklung der Kosten ab 2020 gewährt Tabelle 11 auf Seite 90. Die Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt (brutto, inklusive Sozialversicherungsbeiträgen) nahmen im Zeitverlauf kontinuierlich zu mit Ausnahme eines leichten Rückgangs in 2022. Neben der demografischen Entwicklung beeinflusst auch die jeweilige wirtschaftliche Lage in Deutschland die Inanspruchnahme und damit die Kosten für Reha-Leistungen. Bei geringer Arbeitslosigkeit nehmen die Versicherten häufiger eine solche Leistung in Anspruch, da sie damit aus eigener Sicht ihren Arbeitsplatz nicht gefährden. Gerade bei den LTA hat zudem der Mix aus langen teuren Leistungen, zu denen Bildungsmaßnahmen zählen, und günstigeren Leistungen wie zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes einen erheblichen Einfluss auf die Gesamtkosten. Zwar gibt es auch bei der medizinischen Rehabilitation Leistungen wie beispielsweise Behandlungen bei Abhängigkeitserkrankungen, die wegen ihrer langen Behandlungsdauer relativ teuer sind, sie beeinflussen allerdings aufgrund ihrer geringen Anzahl die Gesamtkosten nur wenig.

Im Zeitraum 2015 bis 2024 entwickelten sich die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und für medizinische Rehabilitationsleistungen wechselhaft, wie Abbildung 26 auf Seite 91 belegt. Seit 2015 stiegen die Ausgaben für medizinische Rehabilitation an, die Ausgaben für LTA blieben auf einem relativ konstanten Niveau. Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation zugunsten ersterer verändert: Wurde das Verhältnis im Jahr 2006 noch mit 3 zu 1 berechnet, lag es in 2024 bei etwa 5 zu 1.

Abbildung 26: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2015–2024



Bruttoaufwendungen, d. h. Reha-Ausgaben zzgl. Erstattungen, inkl. Leistungen
Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2025

Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung

Mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgt die Rentenversicherung das gesetzlich vorgegebene Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten und eine drohende Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder zumindest aufzuschieben. In Tabelle 12 auf Seite 91 werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenübergestellt.

Tabelle 12: Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2024 nach Ausgabearten in Mio. Euro

Insgesamt	Reha-bilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähig-keit	Alters-renten	Hinter-bliebenen-renten	sonstige Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwal-tungs- und Verfahrens-kosten
402.768	8.134	23.491	285.796	50.858	29.173	5.317
100,0 %	2,0 %	5,8 %	71,0 %	12,6 %	7,2 %	1,3 %

* Nettoaufwendungen, d. h. nach Abzug von Einnahmen/Erstattungen
** KVdR = Krankenversicherung der Rentner
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2025

Ausgaben für Rehabilitation bei 2 % der Gesamtausgaben

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchten die Leistungen zur Teilhabe, und vor allem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben mit 2 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Nettoaufwendungen für Rehabilitation standen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (5,8 %) etwa im Verhältnis von 1 zu 3.

Anhang

Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts 2025 bilden Routinedaten aus der Statistik der Rentenversicherung sowie Daten aus der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung.

Routinedaten der Rentenversicherung

Grundlage der statistischen Daten sind die Verwaltungsvorgänge bei den Rentenversicherungsträgern. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch den Arbeitgeber, die Erfassung von Anträgen und Bescheiden (Rehabilitation, Rente) oder auch die Informationen aus dem ärztlichen Entlassungsbericht nach einer durchgeführten medizinischen oder beruflichen Rehabilitation. Daher werden sie auch prozessproduzierte Daten genannt. Diese Daten über die Erwerbsbeteiligung, über Reha-Anträge und Reha-Leistungen bis zum aktuellen Berichtsjahr – einschließlich ggf. einer Berentung – werden in der von allen Rentenversicherungsträgern bereit gestellten Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) dokumentiert. Die RSD enthält somit personenbezogene Merkmale zur Soziodemographie, zu Leistungen zur Rehabilitation und Rente sowie zu Beitragszeiten über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

Für den Reha-Bericht 2025 wurden die folgenden jährlichen Statistiken über Routinedaten der Rentenversicherung herangezogen sowie Sonderauswertungen durchgeführt:

Der Tabellenband „Rehabilitation“ enthält Fachstatistiken zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben: Art, Dauer und Ergebnis der Leistung, Diagnosen, Berufsgruppen, Aufwendungen und Erträge sowie Bettenbestand in eigenen Reha-Einrichtungen.

Rehabilitation

Statistik der Deutschen Rentenversicherung
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgaben für die Jahre 2006 bis 2024

Die Fachstatistik „Versicherte“ beschreibt zu Versicherten, die Beiträge an die Rentenversicherung zahlen oder Anrechnungszeiten für die Rente erwerben, Umfang und Höhe der Rentenversicherungsbeiträge sowie verschiedene sozio-demografische Merkmale.

Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)
Statistik der Deutschen Rentenversicherung
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgaben für die Jahre 2006 bis 2024

Trends und Eckzahlen im Zeitablauf finden sich in der jährlichen Broschüre „Rentenversicherung in Zeitreihen“.

Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgabe 2025
DRV-Schriften, Band 26

Statistikpublikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Internetseite heruntergeladen werden:
www.deutsche-rentenversicherung. de → Experten → Zahlen und Fakten → Statistiken und Berichte oder www.statistik-rente.de

Daten zur Qualitätssicherung

Zur ständigen Verbesserung der Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation setzt die Deutsche Rentenversicherung Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (QS) ein und erhebt damit Daten von Reha- Einrichtungen bzw. von deren indikationsspezifischen Fachabteilungen sowie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Auswertungen dieser Daten werden regelmäßig an die jeweiligen Reha-Fachabteilungen in Form von „Berichten zur Reha-Qualitätssicherung“ zurückgemeldet und intern zur Weiterentwicklung genutzt. Jede Fachabteilung erhält differenzierte Berichte, die die eigenen Ergebnisse einer geeigneten Vergleichsgruppe (alle anderen Fachabteilungen einer bestimmten Indikation z. B. Orthopädie) gegenüberstellt. Damit kann sie erkennen, wo sie sich im Vergleich mit anderen Reha-Fachabteilungen befindet.

Im Reha-Bericht 2025 liefern die Daten der Reha-Qualitätssicherung Informationen zur Durchführung und zum Erfolg medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

Qualitätssicherung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation

- **Strukturerhebung:** bildet die personellen, technischen, räumlichen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen in den Reha-Einrichtungen ab und vergleicht sie mit den rentenversicherungsweiten Strukturanforderungen
- **Peer Review-Verfahren:** erfasst die Qualität des Reha-Prozesses über eine Bewertung der Entlassungsberichte und Therapiepläne aus Reha- Einrichtungen durch geschulte ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Peers), siehe auch „Peer Review – Rehabilitation aus Sicht der Expertinnen und Experten“ auf Seite 60
- **Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL):** individuell erbrachte therapeutische Leistungen werden mit der KTL während einer Rehabilitation dokumentiert, siehe auch „Therapeutische Versorgung – Dokumentation mit der KTL“ auf Seite 54

- **Reha-Therapiestandards (RTS):** formulieren wissenschaftlich fundierte Anforderungen für die therapeutische Ausgestaltung der Rehabilitation, siehe auch „Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation“ auf Seite 56
- **Rehabilitandenbefragung:** regelmäßig werden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation sowie zu deren Erfolg befragt, siehe auch „Zufriedenheit aus Perspektive der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 50 und „Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 53
- **Sozialmedizinischer Verlauf (SMV):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt, siehe auch „Erfolg der Rehabilitation – Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 63
- **Visitation:** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung prüfen nach einem einheitlich geregelten Visitationsverfahren Qualitätsaspekte vor Ort in den Reha-Einrichtungen
- **Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR):** fasst jeweils die Ergebnisse aus der Rehabilitandenbefragung, dem Peer Review und der therapeutischen Versorgung in Form von Qualitätspunkten zusammen
- **Parameter Qualität:** stellt die zusammengefasste Zahl der Ergebnisse aus verschiedenen Qualitätssicherungsinstrumenten dar. Er wird für jede Fachabteilung einer Reha-Einrichtung berechnet und ist eine wichtige Grundlage für die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl. Je höher der Wert des Parameters Qualität, desto besser ist die Qualität der Fachabteilung. Der theoretisch mögliche Wertebereich reicht von 0 bis 100.

Qualitätssicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

- **Teilnehmerbefragung:** regelmäßige Befragung der Teilnehmenden an beruflichen Bildungsleistungen zur Struktur, zum Reha-Prozess und zum Reha-Ergebnis. Im Reha-Bericht 2021 sind die bisher aktuellsten Zahlen dargestellt.
- **Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung:** ausgewertet werden Routinedaten zum Abschluss der Rehabilitation, siehe „Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen“ auf Seite 86
- **Sozialmedizinischer Status (SMS):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsstatus in unterschiedlichen Monaten nach beruflicher Bildungsleistung ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt, siehe auch „Status nach beruflichen Bildungsleistungen“ auf Seite 87

Informationen zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung finden Sie auf der Internetseite:
www.reha-qs-drv.de

Abbildungsverzeichnis

36 **Abbildung 1:** Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2015–2024

43 **Abbildung 2:** Spektrum der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener: 2024

44 **Abbildung 3:** Stationäre Reha 2024: Spektrum der Indikationen nach Geschlecht

45 **Abbildung 4:** Ambulante Reha 2024: Spektrum der Indikationen nach Geschlecht

48 **Abbildung 5:** Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2024

49 **Abbildung 6:** Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2024

52 **Abbildung 7:** Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen

53 **Abbildung 8:** Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen

58 **Abbildung 9:** Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Chronischer Rückenschmerz“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2023

60 **Abbildung 10:** Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Depressive Störungen“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2023

62 **Abbildung 11:** Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review Psychosomatik

63 **Abbildung 12:** Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review Abhängigkeitserkrankungen

65 **Abbildung 13:** Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2021 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)

66 **Abbildung 14:** Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2020 für verschiedene Indikationen

69 **Abbildung 15:** Adjustierte Beschäftigungstage im 1. und im 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation in 2021 für verschiedene Indikationen

71 **Abbildung 16:** Indikationen stationärer Fachabteilungen in medizinischen Reha-Einrichtungen

72 **Abbildung 17:** Indikationen ambulanter Fachabteilungen in medizinischen Reha-Einrichtungen

76 **Abbildung 18:** Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2015–2024
78 **Abbildung 19:** Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2024 – abgeschlossene Leistungen
80 **Abbildung 20:** Spektrum der Indikationen bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2024 – abgeschlossene Leistungen
81 **Abbildung 21:** Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2024
85 **Abbildung 22:** Allgemeine Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der beruflichen Bildungsleistung
86 **Abbildung 23:** Einschätzung der Ergebnisse der beruflichen Bildungsleistung durch die Teilnehmenden
87 **Abbildung 24:** Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2024 nach Geschlecht
88 **Abbildung 25:** Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2021
91 **Abbildung 26:** Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2015–2024

Tabellenverzeichnis

35 Tabelle 1: Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2023 und 2024

37 Tabelle 2: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2020–2024: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche

38 Tabelle 3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2020–2024: besondere Reha-Formen für Erwachsene

40 Tabelle 4: Reha-Nachsorge-Leistungen: Digital und Präsenz – Entwicklung

40 Tabelle 5: Prävention – Anzahl und Bewilligungen in 2023 und 2024

46 Tabelle 6: Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2024: Durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen

55 Tabelle 7: Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2023

75 Tabelle 8: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2023 und 2024

77 Tabelle 9: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2020–2025

83 Tabelle 10: Leistungsarten beruflicher Bildungsleistungen in 2022 insgesamt und nach Geschlecht

90 Tabelle 11: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2020–2024

91 Tabelle 12: Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2024 nach Ausgabearten in Mio. Euro

Impressum

Herausgeber
Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin
Dezernat Reha-Wissenschaften
Ruhrstr. 2, D-10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon: 030 865–39336
Telefax: 030 865–28879
Internet:
www.reha-wissenschaften-drv.de
E-Mail:
reha-wissenschaften@drv-bund.de

Bezug
www.reha-berichte-drv.de

Koordination
Ariane Funke, Dr. Marco Streibelt
reha-wissenschaften@drv-bund.de
Dezernat Reha-Wissenschaften, Forschung zu Rehabilitation und Erwerbsminderung
Dr. Astrid Steinbrecher
reha-qs-daten@drv-bund.de
Dezernat Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

Statistische Daten
Thomas Bütefisch
statistik-bln@drv-bund.de
Bereich Statistische Analysen
Niels Baumann, Dr. Dmytro Ivasiuk, Robert Kittel, Angela Kranzmann, Dr. Bernhard Luther, Magdalena Zielinska,
reha-qs-daten@drv-bund.de
Dezernat Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

Mitwirkende
Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:
Dr. Soha Asgari, Désirée Brand, Dr. Silke Brüggemann, Sabine Erbstößer, Ralf Donner, Katharina Fecher, Jörg Gehrke, Lucy Kabelitz, Kristina Kulisch, Tim Krüger, Dr. Sascha Mahlke, Dr. Stefanie Märtin, Katrin Parthier, Petra Payne, Nadine Schmidt, Dr. Nico Seifert, Daniela Sewöster, Julia Simke, Dr. Markus Thiede

Fotos
Jana Honczek, Stefanie Brüning, Johannes Schuurmans, Elisa Sonnenschein, Deutsche Rentenversicherung Bund, Adobe Stock (S. 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 34, 50, 70, 73, 82, 89)

Satz und Layout
Grafikdesign Janine Frake

Druck
H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Auflage
1.000
Berlin, Oktober 2025
ISSN 2193–5718 (Reha-Bericht)
DOI 10.57779/reha-bericht-2025

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie.

Der Abdruck ist auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.